



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

**ADAPTAÇÃO E VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ APÓS
PERDA GESTACIONAL ANTERIOR**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Inês Gonçalves Resende

Porto, 2021

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**ADAPTAÇÃO E VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ
APÓS PERDA GESTACIONAL ANTERIOR**

ADAPTING AND EXPERIENCING PREGNANCY
AFTER A PREGNANCY LOSS

Relatório de estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora Cândida
Koch

Inês Gonçalves Resende

Porto, 2021

AGRADECIMENTOS

Às docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto, em particular, à coordenadora do curso, Professora Doutora Alexandrina Cardoso e à minha orientadora, Professora Doutora Cândida Koch, pela orientação, apoio e encorajamento constantes ao longo dos dois últimos anos do meu percurso formativo.

À Enfermeira Especialista Paula Miller, por todo o carinho e disponibilidade. Pelo amor que coloca nas coisas que faz e por nunca ter deixado de acreditar em mim.

Às minhas tutoras, pela partilha de conhecimento, pelo acompanhamento e pelo profissionalismo com que orientaram a minha prática clínica. Particularmente, à Enfermeira Especialista Catarina Frias, cuja dedicação e orientação sublime foram cruciais para o sucesso desta etapa.

Às minha colegas de curso que se tornaram amigas, por desejarmos e celebrarmos juntas os sucessos académicos e pessoais de cada uma. Em especial, à Joana Cardoso, que desde o início esteve e se fez sentir presente, pela determinação e cumplicidade com que enfrentamos todos os desafios que nos surgiram; este caminho teria sido bem mais difícil sem ti.

Ao Gui, por me motivar, sempre, a fazer e ser melhor. Por tudo o que é e faz, que me permite continuar a acreditar que o amor é a força que move o mundo.

À minha mãe, por sempre me ter dado asas para voar e ao meu pai, que me guia em todos os passos que dou e por quem sou o que sou hoje.

A todas as mulheres, casais e bebés de quem tive o prazer de cuidar.

O meu mais carinhoso e sincero Obrigado.

RESUMO

O presente documento trata-se de um relatório de estágio de natureza profissional no qual se descrevem as atividades desenvolvidas, enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no Centro Materno-Infantil do Norte durante o período compreendido entre 10 de Novembro de 2020 e 2 de Junho de 2021. Este relatório integra a descrição e reflexão sobre o processo de conceção de cuidados, da atividade diagnóstica e das respetivas intervenções no âmbito do exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nos contextos clínicos de assistência à grávida com complicações, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, tendo em conta a prática baseada em evidência.

No decorrer da prática clínica emergiu a necessidade de aprofundar conhecimentos relativos à adaptação e vivência de uma gravidez subsequente a uma perda gestacional pelo que se procedeu à elaboração de uma revisão integrativa da literatura na qual se objetivou aprofundar conhecimentos sobre a temática com vista à prestação de cuidados de enfermagem sensíveis e significativos que possam auxiliar na construção de um novo projeto de vida. Nela se concluiu que o bem-estar emocional é facilitador da adaptação a uma nova gravidez pelo que emerge a necessidade de reflexão sobre as práticas, reconhecimento das fragilidades e dificuldades na prestação de cuidados a estes casais e formação profissional que, para além da competência técnica, valorize as competências relacionais e humanas.

Palavras-chave: enfermagem; gravidez; gravidez subsequente; perda gestacional.

ABSTRACT

The present document is a report of professional traineeship in which the activities developed as a student of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing are described. The internship took place in the Maternal and Child Health Center of the North between November 10th 2020 and June 2nd, 2021. This report integrates the description and analysis of the process of care conception, the diagnostic activity and the respective interventions, according to the evidence-based practice. The internship was developed in different clinical contexts such as: pregnancy with complications, labor and delivery and postpartum women and newborns.

During the clinical practice, the need to deepen knowledge related to the adaptation and experience of a pregnancy following a pregnancy loss emerged. Therefore, an integrative literature review was carried out in order to deepen the knowledge on the theme and provide sensitive and meaningful nursing care that can assist in the construction of a new life project. It was possible to conclude that emotional well-being facilitates the adaptation to a following pregnancy, so, in that case, it seems to be necessary to reflect on the practices, to recognize the weaknesses and difficulties in the provision of care to these couples and to guarantee professional training that, in addition to technical competence, improves the relational and human skills.

Keywords: nursing, pregnancy, subsequent pregnancy, pregnancy loss.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynaecologists*

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

CTG – Cardiotocografia

cm – centímetros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMIN – Centro Materno-Infantil do Norte

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção-Geral da Saúde

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF – Frequência Cardíaca Fetal – FCF

HTA – Hipertensão Arterial

IG – Idade Gestacional

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MF – Movimentos Fetais

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

PP – Placenta Prévia

PBE – Prática Baseada na Evidência

PE – Pré-eclâmpsia

RCIU – Restrição de Crescimento Intrauterino

RPM – Rotura Prematura de Membranas

RN – Recém-nascido

SU – Serviço de Urgência

TP – Trabalho de parto

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES.....	19
1.1. Contextualização do ensino clínico.....	20
1.2. Atividades desenvolvidas no âmbito da gravidez com complicações	21
1.3. Questões emocionais decorrentes de um internamento de uma gravidez com complicações.....	25
1.4. Adaptação e vivência da gravidez após perda gestacional anterior: revisão de literatura	29
1.4.1. Contextualização do tema	31
1.4.2. Questão orientadora.....	33
1.4.3. Método	34
1.4.4. Resultados.....	38
1.4.5. Análise e discussão dos resultados.....	58
1.4.6. Conclusões	68
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO	70
2.1. Contextualização do estágio clínico.....	71
2.2. Indução do trabalho de parto.....	72
2.3. Primeiro estadio do trabalho de parto	74
2.4. Segundo estadio de trabalho de parto	79
2.5. Terceiro estadio de trabalho de parto.....	81
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DOS CUIDADOS À MULHER NO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE.....	84
3.1. Contextualização do estágio clínico.....	85
3.2. Cuidados à puérpera.....	86
3.3. Amamentação.....	93
3.4. Cuidados ao Recém-Nascido.....	96
3.5. Preparação para a alta	102
ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA E CONCLUSÃO	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108

<LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Motivos de internamento	20
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos.....	36
Figura 2 - Hierarquia de níveis de evidência	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégia PICO	34
Quadro 2 - Análise dos estudos incluídos na revisão.....	57
Quadro 3 - Experiências no âmbito do trabalho de parto e parto	71
Quadro 4 - Puérperas e recém-nascidos alvo de cuidados e vigilância	86

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da realização do estágio de natureza profissional com relatório final, inserido no plano do segundo ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), referente ao ano letivo 2020/2021.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) detém um conjunto de competências especializadas que visa promover os projetos de saúde da Mulher e cuja atuação deve ter subjacente o reconhecimento da pessoa no seu todo, considerando a sua esfera individual, familiar, social e cultural, no âmbito do seu ciclo reprodutivo, desde o período de planeamento familiar até ao climatério (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

Este relatório descreve o processo de aquisição de conhecimentos e competências clínicas diferenciadas e preconizadas para o exercício profissional do enfermeiro especialista desenvolvido segundo uma prática clínica supervisionada. O estágio de natureza profissional permitiu o desenvolvimento de competências em diversas áreas, tais como, identificação de diagnósticos e implementação de intervenções de enfermagem especializadas, centrados nas necessidades de cuidados à mulher com afeções ginecológicas, à mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco. A prática clínica decorreu nos serviços de ginecologia e medicina materno-fetal, núcleo de partos e puerpério, do Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), pertencente ao Centro Hospitalar Universitário do Porto.

No decorrer da prática clínica emergiu a necessidade de aprofundar conhecimentos relativos à adaptação e vivência de uma gravidez subsequente a uma perda gestacional uma vez que os profissionais de saúde, nomeadamente o EESMO, desempenha um papel de relevo no acompanhamento e reconhecimento das necessidades destes casais. Nesse sentido desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura, que serviu o propósito do desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito da investigação.

O corpo do presente trabalho encontra-se estruturado conforme as normas que orientam os trabalhos académicos da ESEP, sendo constituído por quatro capítulos. Os primeiros três são referentes às áreas de intervenção sobre as quais incidiu a prática clínica supervisionada,

apresentados segundo a ordem cronológica do processo reprodutivo – gravidez, trabalho de parto e parto e pós-parto. Neste sentido, o primeiro capítulo explana o processo de desenvolvimento de competências especializadas num contexto de Gravidez com Complicações, incluindo um subcapítulo no qual se apresenta uma revisão integrativa da literatura que aborda o processo de adaptação e vivência de uma gravidez subsequente a uma perda gestacional. De igual forma, no segundo e terceiro capítulo, descreve-se o processo de aquisição de competências no contexto de Trabalho de Parto e Parto e Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade, respetivamente. Por fim, o quarto capítulo abrange um posicionamento crítico-reflexivo e pessoal relativo ao percurso de aprendizagem desenvolvido.

O processo de conceção de cuidados, atividades diagnósticas e respetivas intervenções apresentadas ao longo do presente trabalho está descrito segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Para a concretização deste relatório procedeu-se a recolha de evidência científica através do agregador de conteúdos *EBSCOHost* e nos motores de busca *Scopus* e *Google Académico*.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

De acordo com o Regulamento das Competências específicas do EESMO, está preconizado que o mesmo assume a responsabilidade, entre outras, de cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”, promovendo a sua saúde, identificando desvios à gravidez fisiológica e monitorizando “a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (OE, 2019).

Esta prática clínica permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências técnico-científicas, a implementação de cuidados especializados à mulher grávida com complicações associadas e a reflexão sobre os mesmos. De forma a assegurar cuidados efetivos e individualizados foi preponderante a adoção de uma visão holística das mulheres cuidadas.

A gravidez é um processo fisiológico que, na maioria das vezes, decorre sem intercorrências. Não obstante, reconhece-se que o acesso a cuidados de saúde especializados, tanto durante a gravidez como no parto e puerpério, contribuem para a redução da morbilidade e mortalidade materna, fetal e infantil (Orfão, 2016).

Apesar da gravidez se considerar como um evento biologicamente natural, todas as gestações acarretam algum grau de risco. Uma gravidez de risco define-se como aquela em que existe uma ameaça, potencial ou real, que coloca a vida materna ou fetal em risco, podendo ser concomitante com a gravidez ou exclusiva da mesma. Neste sentido, mulheres com gravidezes de risco necessitam, muitas vezes, de cuidados especializados, de terapêutica farmacológica e de uma contínua e minuciosa vigilância materno-fetal que exige hospitalização (Rodrigues, Zambaldi, Cantilino & Sougey, 2016).

1.1. Contextualização do ensino clínico

O estágio desenvolvido no âmbito da gravidez com complicações está, estruturalmente, organizado para que se cumpra um mínimo obrigatório de 250h de contacto presencial, condição satisfeita no período compreendido entre 16 de abril de 2021 e 2 de junho de 2021 no CMIN, sob a orientação de uma EESMO. A prática clínica desenvolveu-se no serviço de ginecologia e medicina materno-fetal da instituição referida, constituído pelo internamento pré e pós-operatório de mulheres com patologia do foro ginecológico e pelo internamento de grávidas com patologia associada, cujos cuidados exigem monitorização e vigilância contínuas.

Sendo o CMIN um hospital diferenciado e de referência, durante a prática clínica foi possível prestar cuidados a grávidas com uma diversidade de patologias, entre elas, restrição de crescimento intra-uterino (RCIU), pré-eclâmpsia (PE), colestase gravídica, ameaça de parto pré-termo (APPT), diabetes gestacional (DG), metrorragias, placenta prévia (PP), rotura prematura de membranas (RPM) e outros, tais como colos curtos, cólica renal, incompetência cervico-istmica e acretismo placentar, conforme apresentado no gráfico abaixo.

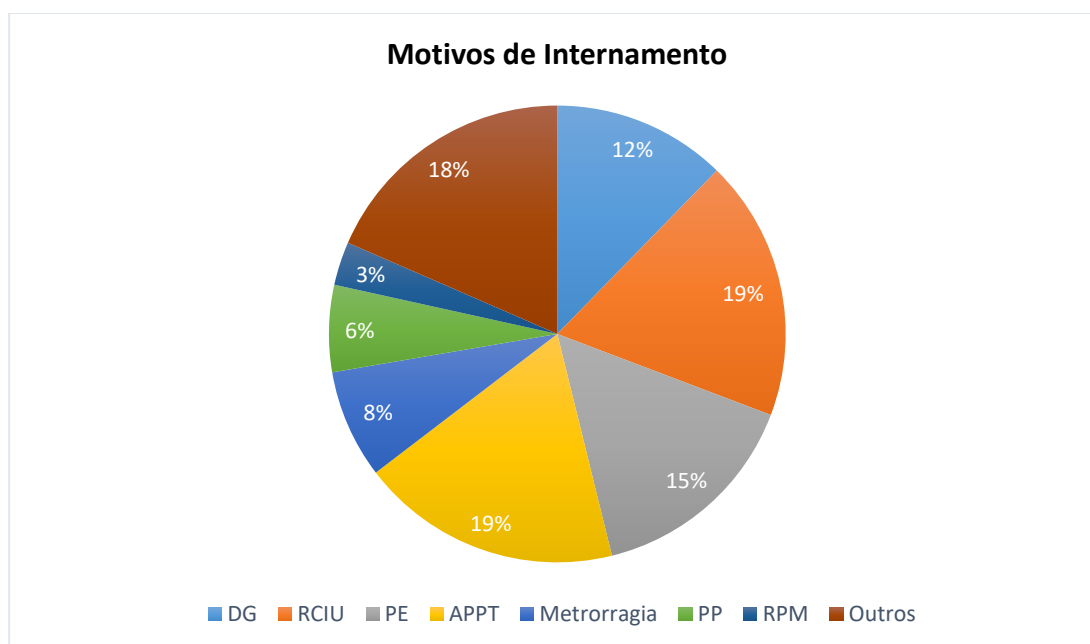


Gráfico 1- Motivos de internamento

1.2. Atividades desenvolvidas no âmbito da gravidez com complicações

No contexto de internamento de grávidas de risco, foi implementado um conjunto de atividades de vigilância com vista a monitorizar o bem-estar materno e fetal. Entre elas, a avaliação de sinais vitais, uma vez por turno, conforme protocolado pela instituição. O sistema cardiovascular sofre alterações fisiológicas durante a gravidez, contudo, a monitorização destes valores assume especial relevância perante doenças hipertensivas maternas.

De todos diagnósticos já referidos, verificou-se que alguns eram mais frequentes, nomeadamente o diagnóstico de PE, APPT e RCIU, motivo pelo qual são descritos de forma mais pormenorizada seguidamente. A PE é a causa de 9-26% da mortalidade materna global e acarreta riscos significativos de partos prematuros e conseqüente morbidade materna e fetal. Esta patologia é uma complicação da gravidez, definida como hipertensão arterial (HTA) - pressão arterial ≥ 140 mmHg (sistólica) e ≥ 90 mmHg (diastólica) em pelo menos duas medições, idealmente separadas por um período de descanso – após a 20ª semana de gestação, em mulheres previamente normotensas, e associada a proteinúria (Townsendi, O'Brien & Khalil, 2016).

Ao nível da terapêutica farmacológica, a nifedipina era o fármaco protocolado na instituição. Para além da administração do mesmo, foram realizadas outras atividades de vigilância de sinais prodrómicos, tais como: avaliação da tensão arterial de quatro em quatro horas, assegurando o repouso prévio da grávida; pesquisa de edemas na face, mãos e membros inferiores; monitorização da dor, com o intuito de verificar ou não a presença de dor epigástrica e, ainda, vigilância de cefaleias ou alterações visuais.

Como referido, acompanharam-se grávidas com diversas patologias, mas foi em relação ao diagnóstico de PE que se verificou menor conhecimento por parte das mesmas. A maioria das grávidas associava o aumento da tensão arterial ao facto de estar internada, agravado pela situação pandémica atual, sendo esta percepção ainda mais evidente quando não experienciavam qualquer sinal prodrómico característico da patologia. Assim sendo, foram implementadas intervenções no sentido de ensinar sobre a PE, sobre sinais prodrómicos e de alerta e procurou-se, ainda, ajudar a grávida a estabelecer a ponte cronológica entre os

acontecimentos, já que, na maioria das situações, a elevação tensional tinha ocorrido num momento prévio ao internamento.

Do número total de grávidas acompanhadas verificou-se, também, que uma grande percentagem das mesmas apresentava como diagnóstico APPT, definida pelo aparecimento de contractilidade uterina regular que produz alterações no colo uterino antes das 37 semanas de gestação (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). Nestas situações, a evidência científica recomenda a administração de corticoterapia que, para além de diminuir o risco de morte neonatal e de síndrome de dificuldade respiratória, reduz, também, a necessidade de suporte ventilatório e de infeções sistémicas neonatais nas primeiras 48 horas pós-parto (Areia et al., 2018).

Uma das intervenções resultantes de prescrição, realizada na prática clínica, foi a administração de corticoides para maturação pulmonar. Na instituição hospitalar onde decorreu o ensino clínico, a betametasona era o glucocorticoide de eleição, sendo por nós administrada em duas doses de 12mg via intramuscular, com um intervalo de 24 horas. Em algumas situações, principalmente em grávidas transferidas de outras unidades hospitalares, era também administrada dexametasona, em quatro doses de 6mg via intramuscular, com um intervalo de 12 horas.

Antes da administração dos fármacos, as grávidas eram informadas quanto aos efeitos terapêuticos e colaterais da terapêutica administrada, nomeadamente a variabilidade diminuída da frequência cardíaca fetal (FCF) no registo cardiotocográfico e a diminuição dos movimentos fetais (MF) durante quatro a sete dias (Sentilhes et al., 2016). Ressalva-se, contudo, que não existe definição consensual e universal sobre “diminuição dos movimentos fetais” devido à escassez de estudos epidemiológicos robustos sobre os padrões de atividade fetal e sobre a perceção materna da atividade fetal em gravidez normal (Gardener et al., 2017).

Face a este diagnóstico clínico, a prescrição de repouso no leito, relativo ou absoluto, era recorrente. Contudo, a evidência científica sugere que não há benefícios concretos no que concerne à restrição de atividade prolongada podendo, ainda, advir desta prática alguns efeitos adversos, tais como, o aumento do risco de trombose venosa, atrofia muscular e redução da massa óssea (Sosa, Althabe, Belizán & Bergel, 2015).

Para além das questões fisiológicas, a prescrição de repouso no leito é impactante, também, ao nível psicológico. Diversos estudos demonstram que face a esta imposição, as mulheres

tendem a experienciar perda de autonomia e isolamento social, o que leva ao desenvolvimento de sentimentos de inutilidade que, associados à vulnerabilidade emocional decorrente do período de internamento, podem comprometer a adaptação ao papel parental (Domínguez-Luna, Fernández-Míguez & Domínguez-Luna, 2012). Neste sentido, é essencial que seja providenciada informação à mulher e possibilitada uma reflexão conjunta, entre os profissionais de saúde e a grávida, que considere os riscos-benefícios desta prática de modo a otimizar não só a adesão comportamental como também a experiência de internamento.

Relativamente à RCIU, esta patologia refere-se a uma alteração dinâmica do crescimento fetal, na qual o feto não atinge o potencial de crescimento geneticamente determinado para a sua idade gestacional (IG). É um diagnóstico complexo, cuja causa pode ser resultante de diversos fatores, nomeadamente maternos, placentários, ambientais ou resultante de uma associação entre os mesmos. Aos recém-nascidos (RN) com RCF está associado um aumento do risco de mortalidade e morbidade significativa quando comparados com RN com crescimento intrauterino adequado, pelo que o diagnóstico da redução da velocidade de crescimento fetal é fundamental (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

Na prática clínica, na presença de diagnóstico de RCIU, as intervenções implementadas decorriam de prescrição médica, a qual contemplava a realização de cardiotocografia (CTG) uma vez por turno, a administração de corticoterapia, betametasona ou dexametasona, de acordo com o protocolo anteriormente descrito e, ainda, a promoção do repouso relativo no leito, justificado pelo aumento da perfusão uteroplacentária durante o repouso.

Durante a prática clínica, o bem-estar fetal era avaliado através de CTG, que permitia avaliar, simultaneamente, a FCF, as contrações uterinas quanto à sua amplitude e ritmo e os movimentos fetais (Oliveira & Sá, 2018). Esta monitorização realizava-se, no mínimo, durante 20 minutos se estávamos perante um traçado normal, três vezes por dia, segundo prescrição médica, ou como intervenção autónoma do EESMO perante alteração do estado da grávida ou suspeita de alteração do bem-estar fetal.

A realização de CTG pode ser concretizada em diversas posições, contudo, durante a prática clínica instruíamos as grávidas a evitarem o decúbito dorsal, uma vez que a compressão da aorta e da veia cava inferior pode comprometer a oxigenação fetal (Santo, 2018). Alguns dos cardiotocógrafos do serviço não possuíam sensores de movimentos fetais pelo que, aquando da sua utilização, as grávidas eram também instruídas a estarem atentas aos mesmos.

Para a classificação do traçado, atentávamos a quatro variáveis distintas, concretamente, a linha de base, a variabilidade, a presença de acelerações e desacelerações e, simultaneamente, a uma análise global que compreendesse a FCF e a presença ou ausência de contractilidade uterina. Estes dados não eram avaliados de forma estanque tendo sido tidos em consideração os dados clínicos da gestação, nomeadamente, a IG, terapêutica farmacológica e a patologia em questão.

Na presença de desacelerações – diminuições transitórias da FCF que podem ser definidas como precoces, variáveis, tardias ou prolongadas, consoante a sua base fisiopatológica e duração – a grávida era instruída a adotar o decúbito lateral esquerdo, de forma a melhorar a perfusão uterina e, conseqüentemente, o aporte de oxigénio ao feto (Mendas da Graça, 2017).

Quando estávamos perante traçados com baixa variabilidade, este dado era contextualizado no quadro clínico, sendo considerada a IG, a administração prévia de corticóides e os ciclos de sono fetal que, normalmente, duram entre 20 a 40 minutos (Oliveira & Sá, 2018). Nestas circunstâncias, normalmente adotávamos uma de duas condutas: ou se prolongava o tempo de realização de CTG, tendo em consideração o sono fetal, ou se recomendava à grávida que consumisse algum alimento. Apesar de, segundo Oliveira e Sá (2018), ser recomendado evitar o jejum prolongado antes da realização de CTG, não está cientificamente comprovado que a ingestão de alimentos, que sofrerão um processo de metabolização no organismo materno, seja suficiente para se repercutir no aumento da glicemia fetal (Graça, 2017).

Uma das dificuldades experienciadas na prática clínica prendeu-se com a subjetividade e a variabilidade intraobservador na apreciação de traçados cardiotocográficos pelo que a leitura e a interpretação de CTG exigiu treino e formação contínua para que se atingissem as competências objetivadas.

Quando a IG não permitia a realização de CTG, recorriamos ao Doppler para auscultação da FCF. Para tal, determinávamos o foco de auscultação, sendo este a área do abdómen materno com a máxima intensidade e clareza dos sons cardíacos fetais, para ouvir o som mais nítido e mais alto, normalmente sobre o dorso fetal.

Para nos auxiliar na realização de CTG e na auscultação da FCF, recorreremos pontualmente às Manobras de Leopold, mais especificamente, às manobras 1 e 2, úteis na determinação do foco de auscultação em particular após as 30 semanas. Por outro lado, as manobras 3 e 4 não têm especial interesse quando realizadas por rotina, uma vez que para além de não

fornecerem dados clinicamente rigorosos são também desconfortáveis para a grávida (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2017). Embora estas manobras tivessem sido treinadas durante a componente teórico-prática do curso, inicialmente a realização das mesmas foi desafiante, uma vez que na prática clínica as estruturas fetais eram palpáveis de um modo mais discreto. Porém, o treino da sua execução permitiu ultrapassar essa dificuldade.

1.3. Questões emocionais decorrentes de um internamento de uma gravidez com complicações

Para além dos aspetos e competências técnicas já descritos, importa refletir sobre as questões emocionais e psicológicas de um internamento durante a gravidez, que não podem, nem foram descuradas durante a nossa prática clínica.

Segundo a World Health Organization (WHO, 2016), uma experiência de gravidez positiva é definida pela manutenção da normalidade quotidiana dos aspetos físicos e socioculturais pré-gravídicos, bem como pela manutenção de uma gravidez saudável tanto para a mãe como para o bebé e, ainda, por uma maternidade positiva, incluindo a perceção materna da sua autoestima, competência e autonomia.

Segundo a mesma fonte, o conceito de maternidade segura, geralmente, refere-se à segurança física. Contudo, é importante reconhecê-la como um conceito multidimensional, com um profundo significado pessoal e cultural, não só para a mulher como para a sua família. Diversos estudos demonstram que a forma como uma grávida percebe o período gestacional e o nascimento do seu filho é influenciada pelo curso da gravidez, o tipo de gravidez e os cuidados pré-natais de que foi alvo (Domínguez-Luna, et al., 2012).

A experiência de maternidade positiva pode ficar comprometida quando estamos perante gravidezes de risco, especificamente aquelas que necessitam de internamento, já que a hospitalização acarreta, por si só, alterações no estilo de vida, por vezes durante semanas. Estas alterações concretizam-se, na prática, pela separação do agregado familiar, pela sensação de perda de liberdade e privacidade, pelo isolamento social e impedimento de levar a cabo as suas responsabilidades, quer familiares quer laborais, por exemplo. Pelo exposto,

os significados, vivências e experiências em torno da maternidade são alterados, sendo reconhecido cientificamente que, nestas circunstâncias, as mulheres se encontram num período de maior vulnerabilidade, o qual acarreta repercussões psicológicas e emocionais (Domínguez-Luna, et al., 2012).

Perante esta situação, a vulnerabilidade emocional traduz-se na vivência, por parte das grávidas, de um misto de sentimentos em que a felicidade e alegria experienciada ao viver uma gravidez saudável dá lugar à incerteza pelo desconhecido, ao receio não só pela sua própria condição de saúde como também pelo bem-estar fetal, à impotência e, muitas vezes, à culpa (Poplar, 2014; Holness, 2018). Esta ambivalência está descrita como uma característica central da experiência de um internamento decorrente de uma gravidez complicada. Não obstante, a angústia experienciada pelas mulheres nestas circunstâncias parece ser consensual na literatura analisada (Domínguez-Luna, et al., 2012; Currie & Barber, 2016).

Os efeitos do stress, da ansiedade e da depressão durante a gravidez são cada vez mais reconhecidos como negativos quer para a saúde física e psicológica da mãe como também para o feto. A investigação sugere que as hormonas de stress maternas podem ter um impacto direto no desenvolvimento do sistema nervoso fetal, acarretando riscos acrescidos na infância, tais como, dificuldades de aprendizagem ou perturbações no desenvolvimento emocional (Dunkel Schetter & Tanner, 2012 citado por Currie & Barber, 2016).

As grávidas/casais a vivenciarem uma gravidez de risco apresentam níveis aumentados de ansiedade definida, enquanto foco de enfermagem, como uma “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo e angústia” (Internacional Council of Nurses, 2021), que dificultam o processo de adaptação à parentalidade (Poplar, 2014).

Segundo Monteiro (2012, pp 29), “a adaptação fisiológica está numa gravidez de risco alterada, não só pelas razões etiológicas, subjacentes ao diagnóstico, mas porque os processos emocionais desta vivência são por si dificultadores da própria adaptação”. Neste sentido, é imperativo que se prestem cuidados a estas mulheres que considerem as necessidades e características individuais de cada grávida. Tal assume especial relevância quando se objetiva prestar cuidados de enfermagem humanizados com vista à redução da ansiedade e do medo experienciados, fornecendo apoio que as ajude a lidar com uma gravidez complicada e com as incertezas inerentes (Wilhelm, Alves & Demori, 2015).

Na prática clínica, as grávidas demonstravam-se, frequentemente, ansiosas em relação ao bem-estar fetal, nomeadamente aquando da realização de CTG. Expressões como “ele está bem?” (sic) ou “preciso de o ouvir” (sic) eram comuns, bem como questões relativas ao que era esperado no traçado cardiotocográfico. Por vezes, quando a deteção do foco de auscultação não era imediata, a linguagem não-verbal alterava-se, apresentando-se mais tensas e com um fâcies mais carregado.

Quando a auscultação cardíaca do feto era realizada com recurso a Doppler, por vezes a deteção da FCF era mais demorada. Quando ocorria, era quase palpável a sensação de alívio experienciada pelas grávidas: suspiravam, sorriam e algumas referiam “tão pequenino e ouviu-se tão bem” (sic). Nestas situações, reconhecendo a importância que tinha para as mulheres estas pequenas conquistas, solicitávamos permissão antes de terminar o procedimento.

Durante o internamento, era ainda comum as grávidas apresentarem períodos de labilidade emocional, choro fácil, e verbalizarem preocupações com o quotidiano domiciliário e familiar, tanto pelas atividades domésticas como por questões relativas a outros filhos mais velhos.

Pelo exposto compreende-se, então, que as emoções desempenham um papel significativo na resposta e na adaptação da mulher à gravidez com complicações. Diversos autores defendem que mulheres com gravidezes de risco apresentam níveis mais elevados de ansiedade e stress durante o período gestacional. O stress psicológico experienciado durante uma gravidez de médio/alto risco pode repercutir-se negativamente no pós-parto, já que estas apresentam um risco 9-12% superior de desenvolverem depressão pós-parto o que pode, conseqüentemente, afetar a ligação emocional entre a díade mãe-bebé (Brandon et al., 2008 citado por Currie & Barber, 2016; Holness, 2018). Assim, a implementação de intervenções como a avaliação das estratégias de *coping* e do suporte familiar são imprescindíveis.

Segundo um estudo desenvolvido por Currie e Barber (2016), as mulheres inseridas no âmbito de gravidez com complicações distinguem dois tipos de cuidados dos quais são alvo: os cuidados puramente técnico-práticos e impessoais, que caracterizam como angustiantes e desmotivantes e os cuidados que, tecnicamente sólidos, também priorizam as competências interpessoais e relacionais, valorizando os seus sentimentos e emoções. Estes cuidados, prestados pelo EESMO, devem assentar em relações de confiança, de apoio e de suporte, nos quais as mulheres se sentem valorizadas na sua individualidade. Na prática,

estes cuidados traduzem-se, concretamente, em intervenções como providenciar informação isenta de termos técnicos, gerir privacidade e ambiente, assegurando um ambiente calmo, seguro e tranquilo no qual se execute escuta ativa e incentivo à expressão de sentimentos e emoções, bem como medos e dúvidas, procurando responder, efetivamente, às suas necessidades.

Apesar de, por vezes, a atuação do EESMO no contexto de internamento materno-fetal poder ser muito direcionada para a mulher com patologia e para o conseqüente bem-estar materno e fetal, importa olhar para a mulher/grávida segundo a perspetiva de vir a ser mãe e, portanto, na promoção da transição para a parentalidade. Evidentemente, não só a mulher se tornará mãe, como também o homem se tornará pai. Nesse sentido, reconhece-se cientificamente que durante a gestação o homem também se reestrutura enquanto indivíduo e, apesar do envolvimento paterno ser peculiar, uma vez que a relação com o bebé se desenvolve de uma forma indireta, o estabelecimento precoce dessa interação é fundamental para um desenvolvimento infantil harmonioso (Santos & Kreutz, 2014).

Considerando o supracitado, durante a prática clínica os cuidados de enfermagem prestados também tiveram em consideração a situação pandémica. Não raramente foram acompanhadas grávidas cujo companheiro não tinha tido oportunidade anterior de ouvir os batimentos cardíacos fetais, em ecografias, por exemplo. Assim sendo, frequentemente agilizavam-se os cuidados de enfermagem de modo a que fosse proporcionado ao casal essa oportunidade, nomeadamente, na realização de CTG na hora da visita.

Ainda durante esses momentos em que estavam presentes os dois elementos do casal, era avaliada a disponibilidade do casal para se realizar intervenções de educação para a saúde. Segundo Nené et al. (2016), intervenções no âmbito de “informar” contribuem para a redução dos níveis de ansiedade experienciados, permitindo empoderar a grávida/casal e promover o processo de adaptação a uma gravidez com complicações e à parentalidade. A prestação de cuidados a grávidas com complicações requer uma avaliação multidisciplinar e o EESMO, dotado de conhecimentos técnico-científicos, reconhece não só as alterações físicas e orgânicas da gravidez, mas também as intelectuais, emocionais e afetivas, devendo prestar cuidados que respeitem a individualidade de cada mulher/casal, considerando a sua esfera familiar e social.

Por fim, e refletindo sobre o exposto, a realização do ensino clínico no contexto de vigilância e cuidados materno-fetais assumiu especial relevância perante o contexto pandémico verificado. A prática clínica permitiu não só o aprimoramento da capacidade de mobilizar e

interligar conhecimentos teóricos, como ainda o treino e o desenvolvimento de competências técnicas e práticas. Tão relevante como o referido foi o facto de ter permitido experienciar o privilégio de, enquanto enfermeira e estudante, estabelecer uma relação contínua no tempo com estas mulheres, perceber os receios por elas vividos, orientar as suas expectativas que tiveram de ser reformuladas, dando resposta não só às suas necessidades físicas relacionadas com a gravidez, mas também às emocionais, pelo simples, mas tão importante, facto de estar presente.

1.4. Adaptação e vivência da gravidez após perda gestacional anterior: revisão de literatura

Segundo a OE (2015, pp 78), os enfermeiros devem “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. Nesse sentido, é imperativo que a prestação de cuidados seja baseada em evidência científica, uma vez que, com frequência, surgem não só novos desafios clínicos, como emergem questões relacionadas com práticas já implementadas. Perante o exposto, a Prática Baseada na Evidência (PBE) é a forma mais aceite e correta de justificar decisões clínicas e, conseqüentemente, empoderar os enfermeiros e promover a autonomia da profissão (OE, 2015).

O EESMO, inserido num contexto coletivo e multidisciplinar, desempenha um papel-chave na prestação de cuidados eficazes, acessíveis, equitativos, seguros e centrados no cliente. Para que a qualidade dos cuidados seja alcançada, a tomada de decisão clínica em enfermagem, nomeadamente em enfermagem obstétrica, deve ter por base a melhor evidência científica disponível (World Health Organization [WHO], 2017). Considera-se, contudo, que nem toda a evidência é igualmente útil, sendo que aquela que resulta da investigação, ou seja, da utilização de métodos sistemáticos para recolher e analisar dados, é considerada mais expressiva e relevante para o processo de tomada de decisão (OE, 2012). A investigação científica constitui um método de excelência para aquisição e

desenvolvimento de conhecimentos, que permite descrever, explicar e verificar factos, acontecimentos ou fenómenos (Fortin, Fillion, & Côté, 2009).

A PBE pode ser definida como a aplicação da melhor e mais recente evidência disponível para a tomada de decisão clínica aliada ao conhecimento clínico e individual do enfermeiro, considerando os valores, preferências e necessidades dos utilizadores dos serviços de saúde, bem como o contexto envolvente à prestação de cuidados (OE, 2012; WHO, 2017).

A prática baseada na evidência permite a incorporação dessas evidências na prática clínica, visando práticas clínicas com resultados mais eficazes, demonstrados em outros estudos com populações com as mesmas características, através da utilização de métodos semelhantes de pesquisa, nos quais se enquadra a revisão integrativa da literatura, a qual possibilita compreender o estado atual do conhecimento relativamente ao tema sobre o qual se pretende investigar, através da pesquisa, da avaliação crítica e da síntese das evidências científicas disponíveis. Consequentemente, permite a implementação das evidências na prática clínica, bem como possibilita a identificação de lacunas do conhecimento direcionando para futuras pesquisas (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Para a elaboração de uma revisão integrativa da literatura é necessário cumprir seis etapas distintas. A primeira etapa constitui a fase orientadora de todo o trabalho e inclui a definição de forma clara de uma questão de pesquisa/tema/hipótese, clinicamente significativa, bem como a delimitação de objetivos e a identificação de palavras-chave. A segunda etapa abrange a procura de dados científicos relevantes e/ou da evidência mais apropriada selecionando os estudos obtidos através de pesquisa em bases de dados, mediante critérios de inclusão e de exclusão. A terceira etapa compreende a organização e sumarização, de forma concisa, das informações recolhidas nos estudos selecionados, destacando-se a amostra, os objetivos, a metodologia utilizada, os resultados obtidos e as principais conclusões. A quarta etapa refere-se à análise crítica dos estudos selecionados, através da ponderação sobre o rigor e as características de cada um, permitindo validar os métodos e os resultados obtidos através de uma organização segundo categorias hierárquicas que podem ir desde evidências resultantes de revisões sistemáticas ou meta-análises de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados até evidências baseadas em opiniões de especialistas. Na quinta etapa efetua-se uma interpretação e discussão dos resultados, bem como uma comparação com o conhecimento teórico, identificando conclusões e implicações para a prática. Se detetadas lacunas no conhecimento é durante esta fase que são consideradas sugestões e estabelecidas prioridades para estudos futuros. Por fim, a sexta e última etapa consiste na

apresentação da revisão e deve permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados, sendo para tal necessário que contemple a descrição das etapas percorridas pelo revisor, de forma clara e completa, bem como os principais resultados obtidos da análise dos artigos incluídos (Mendes et al., 2008; Souza, Silva & Carvalho, 2010).

1.4.1. Contextualização do tema

A gravidez, sobretudo se desejada e planeada, é um dos momentos mais marcantes na vida de uma mulher/casal que, muitas vezes, idealizam o projeto de maternidade e paternidade ainda antes da própria concepção. Neste sentido, compreende-se que a área da saúde materna e obstétrica seja, comumente, associada a um contexto de alegria e felicidade, no qual se recebe e acolhe a vida. Contudo, ainda que na maioria das situações assim o seja, não raramente o insucesso gestacional ocorre (Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015).

A perda de uma gravidez desejada colide, abruptamente, com as expectativas desenvolvidas implicando, não só, a perda da maternidade, como também, a perda do estatuto social, do bebé amado e de um futuro interrompido (Camarneiro et al., 2015).

A circunstância de experienciar uma perda gestacional é nacionalmente uma realidade. Em Portugal, no ano de 2019, 310 gravidezes culminaram em óbitos fetais, dos quais 40% antes das 32 semanas de gestação e os restantes a partir dessa IG (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020).

Globalmente, estima-se que, por ano, mais de dois milhões de gestações culminem em mortes fetais. Apesar de existirem lacunas ao nível dos estudos científicos que permitem deduzir estes valores, já que parte significativa destes desfechos ocorrem em países menos desenvolvidos, o sofrimento decorrente da experiência da perda gestacional é consensual e inquestionável (Wojcieszek et al., 2018).

A literatura científica evidencia que o impacto de uma experiência desta natureza se reflete ao nível emocional, físico, cognitivo, económico e social (Siassakos et al., 2017).

O sofrimento decorrente da perda de uma gravidez não está apenas associado à idade gestacional em que ocorre a perda, mas também à intensidade da ligação afetiva que o casal coloca na gravidez, de acordo com o significado que lhe atribui (Moulder, 1994 citado por Carmaneiro et al., 2015). Alguns teóricos defendem que a perda em idades gestacionais mais precoces pode, inclusive, ser mais dolorosa e difícil de gerir. Isto porque, se pauta pela escassez de manifestações físicas e palpáveis da gravidez, tais como, o tamanho da barriga, imagens de ultrassonografia pouco nítidas e ausência fisiológica de percepção de movimentos fetais, cingindo-se apenas à esfera do bebé imaginado, principalmente no que se refere à perspectiva social (Rolim & Canavarro, 2001 e Soubieux, 2009 citado por Carmaneiro et al., 2015).

O processo de luto compreende não só um investimento pessoal de adaptação à perda como, também, de desenvolvimento da capacidade de encontrar esperança e conforto. Este processo não é estático e é moldado e influenciado pelas respostas individuais e valores culturais segundo o contexto no qual o casal se insere (Carmaneiro et al., 2015).

Após um evento crítico desta natureza, muitos casais acreditam perder a sua capacidade de serem pais, apesar de o desejarem, adotando uma postura defensiva quando surge uma nova gravidez que “jamais será vivida com a alegria e inocência anterior” (Carmaneiro et al., 2015, pp 116).

A evidência científica é controversa e limitada na estratificação do risco de ocorrer um novo insucesso numa tentativa posterior, uma vez que este está dependente de uma variedade de fatores, tais como a etiologia da perda anterior. Quando a causa se associa a condições prévias maternas, das quais são exemplo patologias como a HTA e a diabetes, o risco será potencialmente maior. Por outro lado, nos casos de morte fetal inexplicada, o risco de recorrência não é claro, sendo aceite que as mulheres com este antecedente clínico, apresentem o mesmo grau de risco do que a população em geral (Wojcieszek et al., 2018; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020). Contudo, um estudo levado a cabo por Lamont (2015, citado por Wojcieszek et al., 2018), no qual se incluiu uma amostra de mais de três milhões de mulheres, com diversas causas para o seu abortamento anterior, concluiu-se que o risco de recorrência é cinco vezes superior numa gravidez subsequente.

Acresce ainda que, segundo a literatura, uma gravidez subsequente a uma perda gestacional se associa a maior risco de trabalhos de parto induzidos, cesarianas eletivas ou partos pré-termo. Alguns destes desfechos parece não resultarem de verdadeiros riscos biológicos mas

sim de um estado de hipervigilância materna e profissional (Robson, 2006 citado por Wojcieszek et al., 2018).

Compreende-se, assim, que a perda de uma gravidez se configura como uma experiência angustiante, dolorosa e impactante para todos os envolvidos no processo, incluindo, também, os profissionais de saúde que acompanham estes casais (Nuzum, Meaney & O'Donoghue, 2018). Segundo Carmaneiro e colaboradores (2015), é frequente que, nestas circunstâncias, os profissionais de saúde experienciem dificuldades na prestação de cuidados recorrendo, muitas vezes, ao evitamento. Esta solução não é, manifestamente, satisfatória nem razoável, profissional e pessoalmente.

Por desempenhar um papel ativo nos cuidados prestados às mulheres e casais ao longo do seu ciclo reprodutivo e gravídico, o EESMO é, frequentemente, confrontado com este tipo de situações complexas. Situações estas que se reconhecem como um desafio multidisciplinar e pluridimensional, uma vez que se considera, não somente a vivência dessa circunstância no passado, como também as suas implicações no futuro. Apenas compreendendo como é percebida e experienciada uma gravidez após uma perda gestacional anterior, é possível prestar cuidados personalizados e humanamente sensíveis a estes casais, para que, de forma realista, lhes seja permitido elaborar um novo projeto de vida.

Neste sentido, com a elaboração da presente revisão integrativa da literatura objetivou-se melhorar o conhecimento sobre a vivência deste processo, nomeadamente, no que se refere aos ajustes psicológicos e emocionais, bem como as estratégias de *coping* e as expectativas futuras.

1.4.2. Questão orientadora

Como referido, a primeira etapa de uma revisão integrativa da literatura pressupõe a definição de uma pergunta de investigação, de modo a orientar e a tornar a recolha de informação mais eficiente. O método mais comum para elaboração de uma questão de investigação é de acordo com o modelo PICO, contudo, geralmente, não se incluem todas as

partes do acrónimo, devendo o foco incidir sobre a população e a intervenção ou fenómeno de interesse (Donato, 2019). Consoante se trata de uma pesquisa quantitativa ou qualitativa, a questão de partida pode ser dividida de diferentes formas, respetivamente, segundo o acrónimo: (P) Problema ou População - define a quem se dirige, podendo referir-se a um indivíduo ou grupo; (I) Intervenção - representa a intervenção, podendo ser terapêutica, preventiva, diagnóstica ou prognóstica ou Fenómeno de Interesse; (C) Controlo ou Comparação - que se reporta à intervenção padrão, como por exemplo um tratamento já instituído ou Contexto de Estudo; (O) *Outcomes* ou Desfecho - que define o resultado esperado, podendo esta divisão não estar contemplada no acrónimo no caso de investigações qualitativas (Karino & Felli, 2012; Donato, 2019).

Na elaboração da presente revisão da literatura, recorreu-se à aplicação da estratégia PICO, conforme se pode observar no quadro 1, definindo-se a seguinte questão de investigação: “Como vivenciam e se adaptam os casais a uma nova gravidez, após a experiência de perda gestacional?”.

Participantes	Fenómeno de Interesse	Contexto
Casais “grávidos”	Adaptação e vivência	Gravidez após uma perda gestacional

Quadro 1 - Estratégia PICO

1.4.3. Método

Após a elaboração da questão de investigação, a etapa seguinte consistiu na pesquisa de estudos em bases de dados, através da utilização de termos e palavras-chave, relacionados com os conceitos da questão definida e recorrendo aos descritores MeSH (Medical Subject Headings).

A utilização de descritores controlados permite a obtenção de informação, de modo consistente e preciso, uniformizando o acesso à informação uma vez que permite encontrá-la independentemente da terminologia usada pelos autores (Donato, 2019).

Contudo, nem todas as referências contêm um *subject heading*, tendo sido necessário utilizar descritores não controlados, sugeridos pelo motor de busca utilizado, ou texto livre para alargar a pesquisa e obter mais artigos.

A etapa seguinte consistiu na adaptação da questão de investigação com recurso à linguagem booleana, através da combinação dos descritores previamente selecionados com os operadores booleanos, nomeadamente, AND, OR e NOT, que permitem executar uma combinação entre os termos utilizados na pesquisa. O operador AND permite realizar uma combinação restritiva devendo ser utilizado quando se pretende combinar conceitos distintos; o operador OR, permite realizar uma combinação aditiva, devendo ser utilizado para combinar termos sinónimos ou relacionados e o operador NOT, permite realizar uma combinação de exclusão, devendo ser evitado numa revisão sistemática, por diminuir a sensibilidade da pesquisa, aumentando o risco de perder artigos possivelmente relevantes (Donato, 2019).

A adaptação da questão de investigação resultou na seguinte frase booleana: pregnancy experiences AND after AND (miscarriage OR abortion spontaneous OR pregnancy loss).

A recolha de dados efetivou-se através do agregador de conteúdos EBSCOHost web, utilizando as seguintes bases de dados: *CINAHL Complete*, *MedicLatina*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Academic Search Complete*, *MEDLINE with full text*. Posteriormente, foi também realizada uma pesquisa no motor de busca *Scopus* e *Google Académico* com o objetivo de aumentar o número de artigos encontrados.

Como critérios de inclusão selecionaram-se, inicialmente, artigos compreendidos entre o período de julho de 2016 a julho de 2021, com texto integral disponível, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. Verificando-se uma amostra pequena de artigos encontrados, decidiu-se alargar a pesquisa até ao ano 2014.

Da pesquisa efetuada resultaram 12 artigos, cujo processo de seleção para análise se descreve no fluxograma abaixo apresentado.

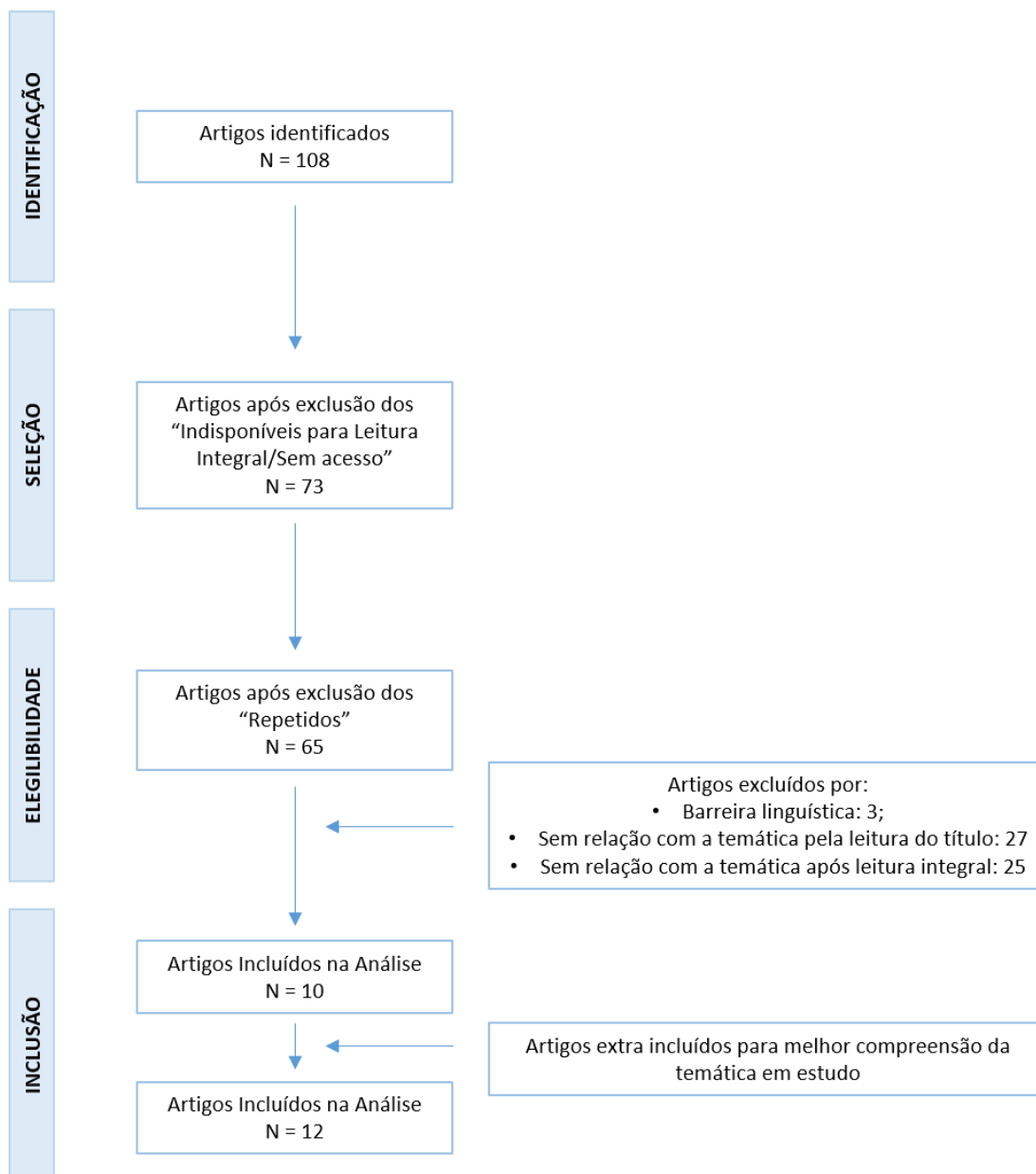


Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos

Após a análise dos dez artigos incluídos na amostra final, foi possível compreender que a maior parte fazia referência apenas à perspectiva materna. Assim, e uma vez que se pretendia compreender a vivência de ambos os elementos do casal, foi necessário, posteriormente, realizar uma pesquisa que abordasse os aspetos adaptativos a uma nova gravidez por parte dos homens. Nesse sentido, foi realizada uma nova pesquisa no Google Académico, sem critério de limite temporal, tendo sido encontrados dois artigos que se incluíram na análise.

Procedeu-se à classificação dos artigos por níveis hierárquicos. No presente relatório seguiram-se os níveis de evidência recomendados por Galvão (2006) e Stillwell, Fineout-

Overholt, Melnyk e Williamson (2010, citados por Ânima Educação, 2014) apresentados na imagem 2.

Tipo de evidencia	Nível de evidência	Descrição
Revisão Sistemática ou Metanálise	I	Evidência proveniente de uma revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos a controlados;
Estudo randomizado controlado	II	Evidência obtida de pelo menos um ensaio clínico com aleatorização, controlado e bem delineado;
Estudo controlado com randomização	III	Evidência proveniente de um estudo bem desenhado e controlado sem aleatorização;
Estudo caso-controle ou estudo de coorte	IV	Evidência proveniente de um estudo com desenho de caso-controle ou coorte;
Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos	V	Evidência proveniente de uma revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos.
Estudo qualitativo ou descritivo	VI	Evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo;
Opinião ou consenso	VII	Evidência proveniente da opinião de autoridades e/ou relatórios de comissões de especialistas/peritos.

Figura 2 - Hierarquia de níveis de evidência

Fonte: Níveis de evidência, sugeridos por Galvão (20016) e Stillwell, Fineout-Overholt, Melnyk e Williamson (2010 citados por Ânima Educação 2014, p. 34).

Dos estudos selecionados, um enquadra-se no nível IV, dado que corresponde a evidência proveniente de um estudo com desenho de caso-controle, dez correspondem ao nível VI por se configurarem como evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo e, por último, um estudo de nível VII.

1.4.4. Resultados

Para facilitar a compreensão dos estudos em causa, as suas características metodológicas e principais resultados, os mesmos são apresentados no quadro 2.

Título/Autor(es)/Ano/País	Objetivo(s)	Metodologia/Amostra	Principais Resultados	Nível de Evidência
<p>Pregnancy after miscarriage in primiparae and multiparae: implications for women's psychological well-being. Smorti, M., et al. 2020. Itália.</p>	<p>Explorar os níveis de depressão, ansiedade e medo do parto em mulheres com e sem abortamento anterior, considerando a existência de um filho vivo.</p>	<p>Estudo quantitativo. Foi aplicada uma bateria de questionários destinados a avaliar a ansiedade, depressão e medo do parto a 208 grávidas, entre os 18 e os 49 anos, recrutadas durante o 3º trimestre de gestação. Da amostra total, 159 sem história de aborto anterior (72,3% primíparas e 27,7% múltiparas) e 49 mulheres com histórico de aborto (53,1% primíparas e 46,9% múltiparas).</p>	<p>As primíparas tendem a apresentar maiores níveis de ansiedade e medo relacionado com o parto, quando comparadas às múltiparas. As mulheres com história anterior de abortamento relataram níveis mais elevados de depressão e medo do parto do que as mulheres sem esta experiência. O nascimento de um filho vivo não parece diminuir o sofrimento associado a uma perda anterior.</p>	<p>VI</p>
<p>“Not just a normal mum”: a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. Meredith, P., et al. 2017. Austrália.</p>	<p>Compreender a experiência de gravidez e de parto em grávidas que sofreram uma perda perinatal anterior, numa “<i>Pregnancy After Loss Clinic</i>” (PALC).</p>	<p>Estudo descritivo. Foi aplicada uma entrevista semi-estruturada a 10 mulheres com experiência anterior de perda perinatal (nados-mortos ou recém-nascidos que viveram entre 2 a 24 dias, internados numa unidade de cuidados intensivos) que, à data do estudo, já tinham pelo menos um filho vivo resultante de uma gravidez posterior. As mulheres eram oriundas de vários contextos culturais, com idades compreendidas entre os 22 e 39 anos e estavam numa relação com o pai do filho vivo.</p>	<p>As participantes referiram que os cuidados especializados prestados na PALC foram benéficos tanto para elas próprias como para os seus companheiros e familiares. Evidenciou-se a natureza única de uma gravidez após uma perda perinatal, nomeadamente no que se refere a emoções exacerbadas e a um estado de hipervigilância. Os principais fatores de angústia relatados prenderam-se com o atingimento da idade gestacional em que anteriormente ocorreu a perda, o regresso ao local onde a notícia foi comunicada, bem como a diminuição</p>	<p>VI</p>

			<p>da percepção de movimentos fetais. As participantes referiram encontrar pouco apoio fora da PALC, o que as levava a um potencial isolamento. É importante notar que algumas mulheres expressaram hesitação na criação de laços com o novo bebé e outras referiram o desejo de apoiar mulheres numa gravidez subsequente a uma perda perinatal.</p>	
<p>Permission to Love: Celebrating Your Rainbow Baby after a Reproductive Loss Smith, T. 2018.</p>	<p>Descrever os efeitos psicológicos de uma gravidez após uma perda gestacional anterior e os desafios expectáveis.</p>	<p>(Não descrito)</p>	<p>Quando um casal, com historial de perda reprodutiva, toma conhecimento de uma nova gravidez, a celebração inicial pode desvanecer-se e ser substituída por emoções como a ansiedade. A literatura demonstra que as mulheres com história anterior de perda gestacional demonstram maiores taxas de ansiedade durante a gravidez, quando comparadas a mulher sem esse antecedente. A gravidez atual pode ser emocionalmente avassaladora, pelo medo experienciado quer pela mãe, quer pelo casal, de perder a nova gravidez ou de que essa perda seja inevitável. Frequentemente, as mães referem medo do que as outras pessoas possam pensar,</p>	<p>VII</p>

			nomeadamente, que esqueceram o bebé perdido ou que o novo filho vem substituir o anterior. Estas questões emocionais podem interferir negativamente na criação de laços com o novo bebé e ter impacto negativo no desenvolvimento psicológico da própria criança.	
<p>Repercussões psicológicas da gestação em curso em mulheres com histórico de perda</p> <p>Sousa, T. 2020. Brasil</p>	<p>Analisar as repercussões psicológicas de gravidez atual em curso em mulheres com histórico de perda gestacional</p>	<p>Estudo descritivo-analítico.</p> <p>Foi realizada uma entrevista semi-estruturada a 5 grávidas, com idades compreendidas entre os 19 e 34 anos, com IG entre 25 e 39 semanas e história anterior de perda gestacional. Todas as mulheres se encontravam internadas num serviço de vigilância materno-fetal de um Hospital Materno-Infantil da Região Norte do Brasil.</p>	<p>Da análise das entrevistas emergiram três temas principais: a maternidade e os seus significados; sentimentos perante a perda gestacional e a gravidez subsequente; o apoio familiar e a vivência da maternidade. As participantes referiram a maternidade como sendo um processo gratificante, mas exigente, intimamente associado à completude e realização feminina. A tristeza foi o sentimento mais relatado pelas participantes, relativamente à perda gestacional. O curto intervalo temporal decorrido entre a descoberta da gravidez e a perda contribuiu para uma melhor gestão da situação, uma vez que a relação emocional ainda era precoce. De forma global, as participantes referiram</p>	<p>VI</p>

			preocupações relativas à saúde do bebê, associada a patologia obstétrica que motivou o seu internamento. Relativamente ao apoio familiar, o bem-estar materno parece estar diretamente relacionado com perceção individual da qualidade da sua rede de apoio e suporte.	
<p>Hope for the best... but expect the worst: a qualitative study to explore how women with recurrent miscarriage experience the early waiting period of a new pregnancy. Bailey, S., et al. 2019. Reino Unido.</p>	<p>Perceber como as mulheres experimentam o período inicial de uma nova gravidez após um sofrerem processos de abortamento repetidos.</p>	<p>Estudo qualitativo. Foi aplicada uma entrevista semi-estruturada a 14 grávidas, com pelo menos 12 semanas de IG, previamente sujeitas a um outro estudo de controlo randomizado no qual integraram um programa de “self-administered psychological support”, após experienciarem abortamentos recorrentes.</p>	<p>Da análise dos dados surgiram sete categorias principais, descritas seguidamente. Na categoria “tumulto de emoções” apresenta-se um conjunto de emoções e sentimentos experienciados pelas mulheres numa fase inicial da gestação, enquanto esperavam a confirmação ecográfica da gravidez: a felicidade inicial dava lugar, automaticamente, à preocupação e medo com a possibilidade de novo abortamento. As participantes descrevem ter experienciado para além de preocupação e níveis extremos de ansiedade, medo e terror pelo possível desfecho negativo da gravidez atual, emoções essas que afetavam todos os aspetos das suas vidas. Relativamente à categoria “esperar o pior”: as</p>	<p>VI</p>

			<p>mulheres descrevem que um teste de gravidez positivo foi experienciado com ansiedade, agitação e negativismo, não se permitindo desenvolver esperança perante um possível desfecho positivo, como estratégia de auto perseveração e proteção. Outra categoria que emergiu da análise das entrevista foi o “estabelecimento de marcos pessoais”: as mulheres relatam que viviam um dia de cada vez, tentando não pensar no futuro, vivendo apenas no momento. Frequentemente, as mulheres referiam como marco pessoal o facto de atingirem e ultrapassar a IG na qual anteriormente ocorrera a perda, bem como o agendamento de ecografias. Os participantes referiram estar, constantemente, num estado de “hipervigilância”: monitorizando perdas sanguíneas e sintomas de gravidez, associando-os a sinal de que a gravidez estaria a desenvolver-se sendo que, quanto mais intensos eram, mais certas estavam da gravidez. Muitas mulheres fizeram referência ao “isolamento social”: as participantes</p>	
--	--	--	--	--

			<p>sentiam-se relutantes em partilhar a notícias da sua nova gravidez porque como sentiam que iria ocorrer um novo abortamento, não valeria a pena contar aos seus amigos e familiares. Algumas também referiram evitar o contacto social e a utilização das redes sociais, de forma a evitar ter de ver ou interagir com outras mulheres grávidas. Os participantes enunciaram algumas “abordagens pragmáticas” que adotaram para gerir o <i>stress</i>, numa tentativa de desenvolver algum controlo sobre a situação. Frequentemente as mulheres relataram que tentaram adaptar o seu estilo de vida, eliminando fatores que sentiam poder aumentar o risco de abortamento, tais como a redução do exercício extenuante ou a melhoria de hábitos alimentares. Muitos dos participantes referiram valorizar o apoio prestados por grupos de pares sendo que acreditavam que só as mulheres que também teriam vivenciado uma perda gestacional compreenderiam verdadeiramente a ansiedade e desafios que estariam a enfrentar. A</p>
--	--	--	---

			<p>última categoria apresentada prende-se com a “necessidade de afirmação profissional”: os participantes partilharam os seus pontos de vista sobre o nível de cuidados que efetivamente receberam por parte dos profissionais de saúde e as suas perceções sobre o tipo de cuidados que gostariam de ter recebido. Os participantes relataram necessidade de reconhecimento por parte dos profissionais de saúde dos desafios que enfrentavam e do <i>stress</i> que experienciavam. O grau de apoio prestado pelos profissionais de saúde variou, contudo, os participantes referiram, frequentemente, que a falta de apoio, compreensão e de empatia como um dos aspetos mais perturbados da situação.</p>	
<p>Psychiatric symptoms and pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history Haghparast, E., et al. 2016 Irão.</p>	<p>Avaliar os sintomas psiquiátricos da gravidez em mulheres com história de aborto há menos de um ano.</p>	<p>Estudo de caso-controle. Foram aplicados dois questionários “Checklist-90-Revised (SCL-90-R)” e o “Pregnancy Distress Questionnaire (PDQ)”, a dois grupos de participantes: o grupo-caso constituído por 100 mulheres, com história anterior de abortamento há menos de um ano e</p>	<p>Os resultados demonstram que as mulheres com história de abortamento anterior apresentam um índice de gravidade global superior relativamente à <i>Checklist-90-Revised</i> quando comparadas a mulheres sem antecedentes de abortamento.</p>	

		<p>atualmente grávidas sem complicações diagnosticadas e o grupo-controlo, constituído também por 100 grávidas, sem história de abortamento e sem complicações associadas.</p> <p>Os sintomas psicológicos foram avaliados segundo a “Checklist-90-Revised (SCL-90-R)”, um questionário de autoavaliação com 9 escalas clínicas (somatização, sensibilidade interpessoal, obsessivo-compulsividade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóica, depressão, ansiedade e o psicoticismo).</p> <p>O “Pregnancy Distress Questionnaire (PDQ)” é uma escala constituída por três sub-escalas relativas a preocupações com o bebé e com o parto, preocupações sobre o peso e imagem corporal, e preocupações relativas às relações e emoções.</p>	<p>Relativamente ao <i>Pregnancy Distress Questionnaire</i> as participantes com história anterior de abortamento demonstraram resultados estatisticamente significativos relativamente às preocupações com o parto e com o bebé e preocupações relativas às relações interpessoais e emoções, não existindo diferenças entre os grupos em termos de preocupações com o peso e imagem corporal.</p>	IV
<p>Parents’ experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis Mills, T., et al. 2014</p>	<p>Compreender a experiência dos pais na durante a gravidez após história anterior de nado-morto ou morte neonatal</p>	<p>Metassíntese qualitativo.</p> <p>Foram analisados 14 estudos com níveis de evidência entre A e C, segundo o instrumento de avaliação de Walsh and Downe.</p>	<p>A vivência de uma nova gravidez caracteriza-se por uma ansiedade contínua e profunda, que aumenta à medida que se aproxima a IG na qual anteriormente ocorreu a perda. De forma geral, nos estudos analisados as mulheres exprimiam dúvidas relativamente à sua capacidade física de manter a gravidez bem como referiam que as ecografias de rotina</p>	VI

umentavam o *stress* experienciado. A nível conjugal, demonstra-se que existem conflitos derivados de divergências comunicacionais, uma vez que as mulheres tendem a exprimir mais os seus sentimentos ao contrário dos homens. A nível familiar, os casais tendem a isolar-se pela ideia social e irrealista de que a nova gravidez permite ultrapassar a morte do bebé anterior. Contudo, os casais reconhecem que manter a esperança é necessário para que se preparem para a chegada do novo bebé.

Ao nível das estratégias de *coping* para lidar com a gravidez, os estudos referem que os casais demonstram alguma relutância em partilhar a notícia com a família bem como em estabelecer uma relação emocional com o bebé, como tentativa de se protegerem.

Relativamente à interação com os serviços de saúde, os estudos demonstram que os casais tendem a ser mais assertivos com os profissionais de saúde, no entanto, frequentemente também procuram novos hospitais e/ou profissionais

			<p>para os acompanhar na nova gravidez de forma a evitar memórias traumáticas.</p> <p>Segundo os estudos analisados, as mulheres encontravam-se num estado de hipervigilância, tentando monitorizar a gravidez e procurar sinais positivos de evolução da mesma. Como ponto negativo, salienta-se o contacto frequente com profissionais diferentes, que desconheciam os seus antecedentes clínicos, o que potenciava comentários insensíveis e inapropriados. Por outro lado, cuidados empáticos e sensíveis, assentes numa relação de colaboração e apoio, foram reconhecidos pelos pais como potenciadores do seu bem-estar emocional.</p> <p>Os estudos demonstram ainda uma necessidade de controlo por parte das mulheres, que frequentemente desejam planear o parto agendando induções de trabalho de parto e cesarianas eletivas bem como aquisição de Doppler para auscultação fetal no domicílio.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Em dois dos estudos analisados, foram avaliados programas de assistência providenciados por enfermeiros especialistas, nos quais se incluía assistência telefónica 24h, educação parental, preparação para o parto e apoio pós-parto, considerada pelos casais como um refúgio seguro e benéfico.</p> <p>Os grupos de pares descritos em alguns dos artigos analisados são valorizados pelos casais.</p>	
<p>Pregnancy After Miscarriage: Balancing Between Loss of Control and Searching for Control Ockhuijsen, H., et al. 2014. Países Baixos.</p>	<p>Perceber como as mulheres experienciam o período da perda gestacional, da concepção e da gravidez subsequente e quais as estratégias de <i>coping</i> que utilizam em cada fase.</p>	<p>Estudo qualitativo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a 24 grávidas, com história anterior de abortamento (entre 1 a 5), entre os 27 e os 38 anos, com níveis de escolaridade entre o ensino secundário e universitário.</p>	<p>Os resultados foram agrupados por intervalos temporais, consoante os acontecimentos: lidar com a perda no momento do abortamento, lidar com a espera durante o período de concepção e lidar com as emoções durante a fase inicial da gravidez.</p> <p>Relativamente ao abortamento em si, as mulheres experienciaram emoções como raiva, desilusão, tristeza, ansiedade, fracasso e impotência. Os sentimentos de incerteza intensificavam-se consoante o número de abortamentos e consoante a idade gestacional. Para lidar com as emoções neste período, as mulheres procuraram obter justificações e</p>	<p>VI</p>

		<p>encontrar uma causa para o desfecho negativo, procurando informação na internet, em livros e em amigos. As mulheres descreveram o apoio e suporte conjugal, familiar e social como essencial para lidar com a perda, tendo-se sentido mais compreendidas por mulheres que também tinha sofrido uma perda gestacional.</p> <p>Relativamente ao período de concepção, as mulheres procuraram alterar os seus estilos de vidas de forma a tornarem-se mais saudáveis e praticavam relações sexuais durante o seu período fértil, monitorizando-o através de testes de ovulação e de medição da temperatura corporal basal. Quanto maior era o período de espera para voltar a engravidar, maior era a sensação de perda de controlo. Durante esta fase na qual tentavam engravidar novamente, as mulheres referiram sentir ciúmes de outras grávidas, evitando o contacto social com as mesmas. Para lidar com a espera, as mulheres utilizaram como estratégia de <i>coping</i> a distração,</p>
--	--	---

		<p>tentando focalizar a sua atenção no emprego, desporto ou atividades de cariz social, e na prática de terapias alternativas como acupuntura e yoga.</p> <p>Relativamente à fase inicial da gravidez, as mulheres relatam uma clara diferença entre as emoções experienciadas na primeira gravidez e nas subseqüentes. Na primeira gravidez, apesar da noção de que existe sempre o risco de um aborto espontâneo, as mulheres pensavam que isso não lhes aconteceria, nesse sentido, nas gravidezes subseqüentes os sentimentos negativos prevaleciam, sentindo-se inseguras e ansiosas. Durante este período, as mulheres referiram monitorizar os sintomas, como náuseas e sensibilidade mamária, como indicadores positivos da gravidez, realizar vários testes de gravidez de forma repetida durante as primeiras semanas e alterar estilos de vida de forma a terem hábitos mais saudáveis. De forma geral, relataram evitar criar uma ligação emocional com o bebé, de forma a</p>	
--	--	--	--

<p>Fathers' Perspectives During Pregnancy, Postperinatal Loss O'Leary, J. et al. 2006</p>	<p>Demonstrar a perspectiva paterna durante a vivência de uma gravidez subsequente a uma perda perinatal.</p>	<p>Estudo fenomenológico descritivo. Foram realizadas entrevistas a 10 homens que tinham experienciado uma perda no ano anterior e estavam atualmente a vivenciar uma gravidez subsequente com a mesma companheira.</p>	<p>protegerem-se da dor no caso de ocorrer novo abortamento.</p> <p>Da análise das entrevistas emergiam quatro categorias: reconhecimento, preocupação, estoicismo e apoio. Relativamente à primeira categoria, os pais expressaram terem sentido que os seus sentimentos foram negligenciados, referindo necessidade de reconhecimento, não só médico como também social, da sua perda.</p> <p>Na gravidez subsequente, os pais relataram sentir-se mais preocupados. Por não terem direito a uma licença parental, tinham de regressar ao trabalho. Contudo, apesar de por vezes o emprego funcionar como uma estratégias de distração, referem que estavam constantemente preocupados com a companheira, não conseguindo focar-se. Durante a gravidez subsequente relataram que realizavam chamadas telefónicas constantes para as suas parceiras, questionando-as, por exemplo, sobre a perceção dos movimentos fetais.</p>	<p>VI</p>
--	---	---	---	------------------

			<p>No que refere à categoria “estoicismo”, os pais relatam que ao tentarem proteger a companheira, transmitindo-lhes força, segurança e esperança durante a nova gravidez, não tinham espaço para partilhar e lidar com os seus próprios sentimentos, receios e preocupações.</p> <p>Relativamente ao tema “apoio”, os pais referiram a pressão social que experienciaram para serem fortes e apoiarem as suas companheiras. Quando questionados sobre quem os apoiou, três dos participantes responderam “ninguém” e no que se refere aos grupos de apoio, a maioria dos homens admitiu não se sentir à vontade para falar com desconhecidos sobre os seus sentimentos.</p>	
<p>The impact of miscarriage and stillbirth on maternal–fetal relationships: an integrative review Lee, L. et al. 2016</p>	<p>Sintetizar e resumir a literatura existente relativamente ao sofrimento psicológico resultante de uma perda perinatal e qual o seu impacto na relação materno-fetal numa gravidez subsequente.</p>	<p>Revisão integrativa da literatura. Foram analisados 15 artigos com diferentes metodologias (quantitativas, qualitativas, estudos de caso e métodos mistos).</p>	<p>Os resultados foram sumarizados em duas áreas temáticas: a angústia psicológica decorrente da perda perinatal e a subsequente relação materno-fetal e as estratégias de <i>coping</i> após a perda perinatal e a subsequente relação materno-fetal. De forma geral, a maioria dos estudos analisados apresentam</p>	<p>VI</p>

			<p>níveis superiores de ansiedade e depressão em grávidas com história anterior de perda perinatal em comparação com grávidas sem esse antecedente. Contudo, não é possível demonstrar com clareza qual o impacto da ansiedade e depressão na relação materno-fetal subsequente, dada a diversidade de metodologias utilizadas.</p> <p>Os estudos sugerem que as grávidas com experiência anterior de perda perinatal utilizam mecanismos de <i>coping</i> para se protegerem a elas próprias e aos outros, tais como, reprimirem a alegria ou não partilharem a notícia. Algumas mulheres reconhecem que estes mecanismos de <i>coping</i> podem afetar a relação com o bebé em desenvolvimento contudo, os estudos não esclarecem se o desenvolvimento da relação materno-fetal é atrasado ou se se desenvolve mais tardiamente apenas durante o período pós-natal.</p>	
<p>Parents' concerns about future pregnancy after stillbirth: a qualitative study Meaney, S., et al.</p>	<p>Compreender de que forma os casais consideram e planeiam uma gravidez</p>	<p>Estudo qualitativo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a 10 casais, sendo a amostra final constituída por dez mulheres e cinco</p>	<p>Após a análise das entrevistas, foram identificados dois temas principais: "aspirações para uma futura</p>	<p>VI</p>

<p>2016. Irlanda</p>	<p>subsequente a uma perda gestacional.</p>	<p>homens (os restantes cinco não aceitaram participar no estudo).</p>	<p>gravidez” e “expectativas de cuidados futuros”. Relativamente ao primeiro tema, os casais revelaram que a perda gestacional alterou drástica e inesperadamente as suas expectativas familiares, adotando uma abordagem fatalística da gravidez. Os casais descreveram a experiência de perda gestacional como difícil e isolante, uma vez que se constituiu como um desafio discutir abertamente a possibilidade de uma gravidez subsequente com amigos e familiares: socialmente, a ideia de ter um filho era natural e paradoxal com a perspetiva conjugal, ansiosa e angustiante, que tinham desenvolvido sobre essa possibilidade. Na esfera conjugal verificaram-se alguns conflitos a nível das expectativas sobre uma nova gravidez: os homens referiram sentir-se na obrigação de providenciar suporte emocional as companheiras, colocando de lado o seu próprio processo de luto. Nesse sentido, a sua relutância e receio relativamente a uma possível nova gravidez era agravada não</p>
--------------------------	---	--	---

			<p>considerando essa hipótese, ao contrário da maioria das mulheres que pretendia voltar a engravidar. Para além do referido, a comunicação entre o casal foi também afetada uma vez que os homens sentiam dificuldade em expressar os seus sentimentos e preocupações, enquanto as mulheres manifestavam necessidade de discutir o tema.</p> <p>Uma das preocupações comuns a todos os casais ao considerarem uma possível nova gravidez prendia-se com o que esperar em termos de cuidados. Os casais relataram que a orientação e apoio por parte dos profissionais de saúde foi importante e tranquilizadora, principalmente quando lhes foi assegurado uma vigilância mais frequente da nova gravidez bem como quando lhes foi dada a oportunidade de falar sobre o bebé que tinham perdido. Para alguns casais a garantia de acesso a cuidados individualizados e especializados era imprescindível para considerarem uma nova gravidez.</p>	
--	--	--	--	--

<p>"A renewed sense of purpose": Mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth" Campbell-Jackson, L., et al. 2014. Reino Unido</p>	<p>Explorar as experiências maternas e paternas após um abortamento, durante o período da gravidez subsequente e após o nascimento de um filho vivo.</p>	<p>Estudo qualitativo. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas a 7 casais, num total de 14 participantes, cujos critérios de elegibilidade incluíam ter experiência prévia de abortamento (superior a 24 semanas de gestação) e subsequentemente ter outro filho (o primeiro filho vivo) com pelo menos 2 anos de idade.</p>	<p>Da análise das entrevistas, emergiram cinco categorias: "Viver com a incerteza", "Lidar com a incerteza", "relação com o filho", "o processo contínuo de luto" e "identidade parental". Foram identificadas diferenças no processo de luto materno e paterno durante a gravidez subsequente e após o nascimento do seu segundo filho, contudo, os níveis de ansiedade durante a gravidez são, em ambos os elementos do casal, elevados. De igual forma, parecem existir algumas dificuldades no estabelecimento de uma relação com o filho subsequente. Por outro lado, os homens relataram falta de oportunidades para experienciar o seu processo de luto individual.</p>	<p>VI</p>
--	--	---	--	------------------

Quadro 2 - Análise dos estudos incluídos na revisão

1.4.5. Análise e discussão dos resultados

Após a análise e reflexão sobre os resultados dos artigos encontrados, inseridos na presente revisão integrativa da literatura, foi possível compreender que, de forma unânime, todos eles corroboram a ideia de que uma perda gestacional se associa a um sofrimento inquestionável, com repercussões ao nível biopsicossocial e, conseqüentemente, na vivência e na adaptação a uma gravidez subsequente.

Para uma melhor compreensão dos resultados, os mesmos foram agrupados em três categorias: “Ponderar uma gravidez subsequente”, “A notícia de uma nova gravidez” e “Estratégias de *coping* e Expectativas parentais”.

Ponderar uma gravidez subsequente

Cada vez mais o papel da mulher na sociedade tem vindo a ser reformulado, desenraizando-se a ideia ancestral que vincula a mulher à sua condição biológica, e a maternidade à realização feminina. Contudo, no estudo desenvolvido por Sousa e Lins (2020), os resultados demonstram que essa associação ainda está patente nos sentimentos e emoções que emergem após uma perda gestacional. Um outro estudo apresenta resultados semelhantes, sobressaindo que as mulheres referem sentir-se culpadas pelos seus abortamentos e por desiludirem os seus companheiros e famílias, devido à sua inabilidade de levarem a cabo uma gravidez bem-sucedida (Bailey et al., 2019).

O processo de abortamento repercute-se fisiologicamente no organismo materno, nomeadamente no que refere à perda sanguínea, à dor súbita e ao trauma físico, mas também ao nível emocional, já que a perda gestacional implica muito mais do que a perda em si própria, envolvendo igualmente a perda de um futuro imaginado, do estatuto social e da maternidade e paternidade (Ockhuijsen, Hoogen, Boivin, Macklon e Boer, 2014). Neste sentido, o impacto psicológico é de tal forma que alguns autores defendem que os casais

precisam de tempo para recuperar emocionalmente antes de embarcarem no projeto de uma nova gravidez. Apesar de alguns estudos indicarem que, após um abortamento, a maioria das mulheres volta a engravidar no período de um ano, existem numerosos fatores que influenciam o momento da gravidez subsequente, nomeadamente a pressão exercida e o aconselhamento dado por amigos e familiares, a orientação por parte de profissionais de saúde, a idade materna e outros fatores económicos e sociais (Meaney, Everard, Gallagher & O'Donoghue, 2016).

De acordo com a literatura analisada, os resultados demonstram que, imediatamente nos dias subsequentes à perda gestacional, os casais tendem a considerar a possibilidade de uma gravidez futura. Contudo, a sua experiência anterior acarreta uma alteração tão drástica e inesperada das suas expectativas, pessoais e familiares, que se traduz na adoção de uma perspetiva fatalística da gravidez (Meaney et al., 2016).

No estudo desenvolvido por Meaney et al, (2016), os casais revelaram que a perspetiva de uma futura gravidez era assustadora. Por um lado, demonstraram reconhecimento pela não consciencialização do risco inerente a todas as gravidezes, quando confrontados anteriormente com a perda, por outro, ao nível social, sentiram que não encontraram respostas para as suas necessidades e que o apoio prestado pelas suas redes de suporte não foi efetivo. Nesse sentido, ponderar uma nova gravidez era um processo difícil de considerar, uma vez que, ao nível social, ter um filho era entendido como um processo normativo, simples e natural da vida, pelo que tinham de tentar, enquanto para os pais enlutados essa possibilidade era perturbadora e angustiante.

Após experienciarem um abortamento, ambos os elementos do casal redefinem as suas expectativas e reconsideram objetivos de vida, contudo fazem-no de forma distinta. De acordo com os resultados dos estudos analisados as mulheres começam a planear uma futura gravidez num curto espaço temporal após o evento crítico, por desejarem ser mães e por quererem corresponder às expectativas dos companheiros de ter um determinado número de filhos, por exemplo. Não obstante, o número de perdas gestacionais anteriores parece influenciar o período temporal em que as mulheres objetivam engravidar novamente, uma vez que reconhecem que, após vários insucessos, necessitam de tempo para refletir e recuperar mentalmente do sucedido (Ockhuijsen et al., 2014). Por outro lado, os homens apresentam-se mais relutantes perante essa possibilidade e alguns desconsideram-na por completo. Segundo a literatura, este facto deve-se, em grande parte, ao receio pelo insucesso, já que os homens consideram existir uma pressão social que lhes impõe que sejam

emocionalmente fortes para apoiarem as suas companheiras, o que implica, por vezes, que coloquem a sua dor em suspenso. Isto ilustra como o elemento masculino carrega um fardo diferente, vivenciando o luto de forma distinta em comparação com as mulheres, o que aumenta os seus receios e reforça a sua relutância em prosseguir com outra gravidez (Meaney et al., 2016). A comunicação entre o casal e a partilha das suas expectativas individuais é relevante para que se evitem ou minimizem possíveis consequências, quer no que respeita à relação conjugal quer na resolução do processo do luto individual. Os participantes masculinos do estudo levado a cabo por Meaney et al. (2016) revelaram terem sentido não ter espaço para partilhar os seus receios com as companheiras, enquanto, por outro lado, as mulheres consideravam esse aspeto como falta de disponibilidade para ponderarem discutir o assunto, o que acarretou prejuízos emocionais na vivência dos seus processos de luto.

A notícia de uma nova gravidez

A alegria e a celebração iniciais associadas à confirmação de uma gravidez planeada e desejada parece desvanecer-se quando esta se insere no contexto de gravidez subsequente a uma perda gestacional. Os resultados de vários artigos analisados demonstram que a felicidade inicial é rapidamente dissipada e substituída por preocupações e receios em torno da possibilidade de um novo abortamento.

No estudo desenvolvido por Ockhuijsen et al. (2014), as mulheres evidenciaram uma clara diferenciação entre os sentimentos e as emoções experienciados na primeira gravidez e na subsequente. Embora, de forma geral, reconhecessem a possibilidade inerente a todas as gravidezes de ocorrência de um abortamento, as mulheres não acreditavam que isso lhes acontecesse. Pelo contrário, a noção de risco na gravidez subsequente era irrevogavelmente alterada, sendo os sentimentos de incerteza prevalentes, considerando a probabilidade de um desfecho negativo como a mais certa. Outro estudo apresentou resultados análogos, salientando que as mulheres demonstram relutância em partilhar a notícia da nova gravidez com o seu círculo familiar e social, por considerarem certa a ocorrência de um novo abortamento (Bailey et al., 2019). Esta relutância e incerteza face à nova gravidez parece ser

mais vincada quanto maior é o número de abortamentos anteriores, bem como quanto mais elevada é a idade materna, ou o período decorrido até à concepção e, ainda, no caso de existência de problemas de fertilidade (Ockhuijsen et al., 2014).

Uma gravidez subsequente a uma perda gestacional parece caracterizar-se como emocionalmente avassaladora pelo medo experienciado de perder a gravidez, ou de que essa perda seja inevitável (Smith, Davidson & Roberson, 2018). Esta perspetiva é também evidenciada no estudo realizado por Bailey et al. (2019), no qual uma das grávidas refere:

É o não saber, a incerteza, o ser incapaz de acreditar em alguma coisa, exceto no pior. Acho que estou perplexa com a forma como as gravidezes funcionam hoje em dia, surpreende-me que as pessoas estejam constantemente a ter bebés, porque a minha experiência é tão diferente... por isso, agora é impossível acreditar que vai ficar tudo bem. Acabei de chegar à conclusão de que a coisa mais gentil que eu posso fazer por mim mesma é não era ter esperança (...) não vale a pena imaginar como vai ser a vida porque imaginá-la é excitante e é como esperar por um futuro que provavelmente não vai lá estar. A esperança parece-me totalmente ingénuo.” (Bailey et al., 2019, pp. 5).

De forma concordante, na maioria dos artigos analisados surge a referência à ansiedade como uma emoção predominante na vivência de uma gravidez subsequente a uma perda gestacional. Segundo Smith et al. (2018), as mulheres com história anterior de perda gestacional demonstram maiores taxas de ansiedade durante a gravidez, quando comparadas a mulheres sem esse antecedente. De acordo com os resultados apresentados por Smorti et al. (2020), os níveis de ansiedade e o receio experienciado não se circunscrevem apenas ao período gestacional como, também, ao momento do parto. Outro estudo corrobora o supracitado demonstrando resultados estatisticamente significativos no que concerne a níveis elevados de ansiedade e preocupação relativamente à gravidez, ao parto e ao bem-estar fetal em grávidas com história anterior de abortamento (Haghparast, Faramarzi & Hassanzadeh, 2016). Contudo, apesar destas emoções serem constantes ao longo de toda a gravidez, alguns momentos parecem aumentar os níveis de ansiedade experienciados, tais como a aproximação à idade gestacional na qual ocorreu a perda anterior e a realização de exames de ultrassonografia, inclusive os de rotina, pelo receio de descoberta de um potencial problema (Mills et al. 2014). Outro estudo demonstra a mesma correlação acrescentando como fator adicional de *stress* o regresso ao local onde anteriormente receberam a notícia (Meredith, Wilson, Branjerdporn, Strong & Desha, 2017).

Vários autores descrevem o período gestacional como um estado de hipervigilância constante, durante o qual as mulheres sentem necessidade de validar a gravidez e a sua

evolução favorável. No estudo levado a cabo por Mills (2014), com o intuito de proteger a gravidez atual ou de se prepararem para um desfecho negativo, as mulheres referiam procurar ativamente por um sinal de alarme que lhes tivesse passado despercebido na gravidez anterior. Para tal, monitorizavam constantemente os movimentos fetais como uma prova tangível do bem-estar fetal, experienciando ciclos de medo e alívio relacionados com as alterações na perceção da frequência dos mesmos, manifestavam vontade em adquirir um *doppler* para utilizar em ambiente domiciliário e recorriam aos serviços de saúde frequentemente, na expectativa de obter garantias favoráveis do desenrolar da gestação. Bailey et al. (2019) apresentam no seu estudo outro exemplo deste estado de hipervigilância, no qual as mulheres referiam verificar de forma contínua a existência de alguma perda sanguínea vaginal, associada a sinal de abortamento espontâneo, deslocando-se à casa de banho de hora a hora. Estes autores expõem a necessidade relatada pelas mulheres de vigiarem os sinais de presunção da gravidez, nomeadamente as náuseas, o cansaço e a sensibilidade mamária, os quais são associados pelas grávidas a indicadores de que a gravidez estaria a desenvolver-se, sendo que quanto mais intensos fossem mais certas estavam da gravidez. Estes resultados são ainda corroborados pelos resultados apresentados no estudo desenvolvido por Ockhuijsen (2014), o qual acrescenta que as mulheres realizavam de forma repetida vários testes de gravidez com o intuito de a confirmar. Este estado de preocupação contínua parece ser compartilhado também pelos homens, que referem ter dificuldades em concentrar-se nas suas atividades laborais durante o período gestacional, sentindo necessidade de acompanhar e validar o bem-estar materno-fetal questionando as companheiras, por exemplo sobre a perceção dos movimentos fetais (O'Leary & Thorwick, 2006). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Mills et al. (2014), no qual os pais referem ter adotado uma postura mais vigilante na gravidez subsequente, em comparação com gravidezes anteriores.

Uma das consequências decorrentes do tumulto de emoções, experienciado quando se confirma uma gestação após perda gestacional anterior, é o isolamento social. Como já referido, os casais tendem a apresentar alguma renitência no que concerne à partilha da notícia da nova gravidez com os seus familiares e amigos. A bibliografia analisada faz referência a razões distintas na base dessa decisão. No estudo desenvolvido por Bailey et al. (2019), algumas das participantes baseiam a sua decisão em crenças e ideais espirituais segundo os quais partilhar a notícia se materializava em desafiar o destino e, como tal, a repercussão seria sofrer um novo abortamento. Segundo a mesma fonte, as mulheres também demonstraram evitar as interações sociais, de forma a evitarem contacto com

outras grávidas, refugiando-se em casa, local que consideravam seguro e, por conseguinte, reduziria o risco de abortamento.

Segundo a literatura analisada as mulheres referiam, ainda, ter receio da percepção social em torno da sua nova gravidez, nomeadamente no que se refere à ideia de que o novo bebé viria substituir o filho que perderam ou que já o esqueceram (Smith et al., 2018). Seguindo uma linha de pensamento semelhante, os resultados idênticos de outros estudos evidenciam que as próprias mulheres demonstram sentir culpa por estarem novamente grávidas, receando esquecer o bebé anterior, e os homens admitem considerar uma injustiça a ideia de seguir em frente e ter outro filho (Campbell-Jackson, Bezance & Horsch, 2014; Meredith et al., (2017). Contudo, os resultados apresentados no estudo desenvolvido por Campbell-Jackson et al. (2014) demonstram que casais com filhos vivos após insucessos gestacionais expressam que o nascimento de um filho saudável os fez experienciar uma imensa alegria, mas não aliviou totalmente o processo de luto decorrente da perda anterior. O período pós-parto caracterizou-se como um período confuso pela vivência de sentimentos díspares e contraditórios, já que sentiam necessidade de continuar o seu processo de luto pelo bebé perdido e, ao longo do tempo, manifestavam vontade de o recordar, imaginar e celebrar aquela que seria a sua data de aniversário. Resultados concordantes são apresentados por Smorti (2020), referindo que o nascimento de um filho vivo não parece diminuir o sofrimento associado a uma perda anterior.

Durante uma gravidez subsequente a uma perda gestacional a relação materno-fetal pode ser negativamente afetada. A experiência de perder um filho é de tal forma angustiante e disruptiva que algumas mulheres tendem a procurar não desenvolver esperança relativamente a um desfecho bem-sucedido. Como forma de auto proteção demonstraram alguma relutância em abraçar a nova gravidez, evitando imaginar um futuro com o bebé, não preparando o enxoval e distanciando-se emocional e afetivamente do filho (Ockhuijsen et al., 2014; Meredith et al., 2017). Uma das mães que participou num dos estudos analisados, em relação à criação de vínculo com o seu bebé referiu:

“É preciso pensar num nome e em tudo isso, e faz-se isso, mas no fundo, eu estava a pensar ‘Certo, eu preciso de ter uma roupa com que ele possa ir para casa, mas essa mesma roupa também tem de servir caso ele precise de ser enterrado com ela’.”
(Campbell-Jackson et al., 2014, pp. 4).

No estudo desenvolvido por Campbell-Jackson et al. (2014) que objetivou compreender tanto a perspetiva materna como a paterna, os resultados demonstram que, de igual forma, os pais descrevem ir contra o seu instinto natural esforçando-se para não se conectarem

emocionalmente com o bebé. Admitem, ainda, sentir-se culpados pelo desafio experienciado no processo de criação de laços com o seu filho, e que ações como cantar para o bebé ou descobrir o seu sexo eram percecionadas como um ritual de preparação para a perda e despedida, mais do que para a possibilidade de vida. No estudo desenvolvido por Lee, McKenzie-McHarg e Horsch (2016), o mesmo sentimento de culpa é descrito pelas mães ao reconhecerem que essa estratégia de evitamento poderia acarretar implicações no estabelecimento de um vínculo afetivo com o seu filho, contudo, os resultados não permitem inferir se o desenvolvimento da relação materno-fetal é atrasado, se se desenvolve, ainda, durante o período gestacional ou se apenas mais tardiamente, já durante o período pós-natal. Relativamente ao que se refere ao período pós-natal, alguns resultados demonstraram que o contacto inicial com o bebé, após o seu nascimento saudável, é afetado, uma vez que os pais não se preparam para esse desfecho, mas sim para o insucesso gestacional. Nesse sentido, sentem alegria e alívio, mas também necessidade de se adaptarem, conforme é referido por uma das participantes:

“Pedi à parteira para que não o colocasse em cima de mim. Sei que é importante para os bebés a realização do contacto pele-a-pele, mas eu não conseguia porque tinha passado todo este tempo a imaginar que ele não existia. Por isso, ele era realmente como um estranho”. (Campbell-Jackson et al., 2014, pp.7).

As mulheres referiram que o estabelecimento de uma ligação afetiva com o filho não foi natural, mas antes um processo metódico, que se tornou mais fácil e prazeroso à medida que a criança se desenvolveu e se tornou mais comunicativa e interativa, tendo, no momento, o que consideravam uma relação boa e natural com o seu filho (Campbell-Jackson et al., 2014).

Estratégias de *coping* e expectativas parentais

Após sofrerem uma perda gestacional, a evidência científica demonstra que as mulheres sentem necessidade de adquirir um sentido de controlo sobre a sua vida e sobre as gravidezes futuras. Dessa forma, ainda durante o período pré-concepcional implementam alterações nos seus estilos de vida com o intuito de aumentar a probabilidade de alcançarem um desfecho positivo numa gravidez futura. No estudo desenvolvido por Ockhuijsen et al. (2014), as modificações, no que concerne aos aspetos físicos, passaram por realizar

suplementação vitamínica, cessar o consumo de bebidas alcoólicas e evitar a ingestão de alimentos processados ou de confeção rápida. No entanto, quanto maior era o período durante o qual tentavam engravidar, mais difícil se tornava a adaptação a um estilo de vida mais saudável por não se verificarem resultados concretos, nomeadamente uma nova gravidez, decorrentes destes ajustes. Neste sentido, e por reconhecerem o desgaste emocional inerente às suas circunstâncias, as mulheres procuram ainda promover a sua saúde emocional, recorrendo à prática de yoga e procurando apoio de um psicólogo (Ockhuijsen et al., 2014).

Vários autores analisados referem que, já durante o período gestacional, as mulheres parece continuarem a implementar estratégias que visam otimizar os hábitos de vida quotidianos, tais como evitar a realização de atividade física extenuante, melhorar a ingestão nutricional, realizar planeamento da atividade laboral com o intuito de usufruir de dias de férias que lhes permitam descansar e relaxar (Ockhuijsen et al., 2014). Os resultados apresentados no estudo de Bailey et al. (2019) corroboram o supracitado, acrescentando que, nalguns casos, a procura por um estilo de vida saudável era de tal forma extrema que as grávidas faziam referência ao facto de evitarem abrir a janela do automóvel, como forma de diminuir a poluição a que estariam sujeitas.

Segundo Lee et al. (2016), as mulheres com antecedente de perda gestacional empregam ainda uma série de mecanismos de *coping* para lidar com a pressão psicológica a que estão sujeitas numa gravidez subsequente. A evidência sugere que as mulheres solicitam a realização de um maior número de exames para se certificarem e tranquilizarem, em relação ao bem-estar fetal, quando comparadas a grávidas sem história de perda. Ao nível emocional e psicológico, as mulheres implementam estratégias que visam gerir a incerteza inerente ao novo projeto de gravidez. Descrevem-nas como estratégias de sobrevivência que têm como objetivo proteger-se a si próprias e também às pessoas significativas, uma vez que se associam à antecipação de um novo desfecho negativo. São disso exemplo a proteção emocional, segundo a qual as mulheres se esforçam para conter a alegria e evitarem desenvolver esperança, e o evitamento, dado que as grávidas demonstram reprimir pensamentos relacionados com a gravidez, bem como evitam partilhar a notícia e, ainda, preparar o enxoval. Por outro lado, quando se confrontam com a evolução favorável da gravidez ao longo do tempo, foram identificadas outras estratégias utilizadas pelas grávidas para se tranquilizarem e permitirem desenvolver esperança, tais como ultrapassar a idade gestacional na qual anteriormente ocorreu a perda e a solicitação de exames de ultrassonografia que lhes possibilitem confirmar o progresso do desenvolvimento fetal. Côte-

Arsenault e Marshall (2000, citados por Lee et al., 2016) descrevem estas estratégias como mecanismos de amortecimento emocional e argumentam que este tipo de comportamento está positivamente correlacionado com a ansiedade experienciada, sendo praticado com o intuito de a controlar e, simultaneamente, desenvolver confiança na sua gravidez.

Outras abordagens escolhidas pelas mulheres consistem em técnicas simples de distração, manutenção do pensamento ocupado e focalização da atenção nas atividades domésticas e laborais. Este tipo de estratégias é utilizado por ambos os membros do casal, referindo adquirirem uma maior sensação de controlo sobre as suas vidas (Bailey, et al. 2019). Resultados semelhantes foram descritos no estudo de Campbell-Jackson et al. (2014), que acrescenta que os pais consideram os momentos de introspeção, direcionados para pensamentos positivos, também como benéficos.

Alguns dos resultados apresentados demonstram que os participantes procuram o apoio de grupos de pares, reconhecendo-os como uma das estratégias mais úteis e benéficas, por considerarem que apenas casais com a mesma experiência são capazes de compreender verdadeiramente a ansiedade e os desafios experienciados (Bailey, et al. 2019). Os grupos de suporte são percecionados, pelos casais, como um local de refúgio, empático, envolto num ambiente seguro, que lhes possibilita a discussão aberta sobre as suas experiências e lhes permite uma melhor compreensão sobre as diferenças de comunicação, expressão e vivência de sentimentos entre eles, que promove o diálogo e potencia um apoio mútuo eficaz ao nível conjugal. Contudo, os casais descrevem que a participação em grupos de apoio acarreta como desvantagem o facto de aumentar a sua perceção e reconhecimento face a possíveis complicações da gravidez, o que, em alguns casos, potencia a ansiedade (Mills, 2014).

O bem-estar materno parece estar diretamente relacionado com perceção individual da qualidade da sua rede de apoio e suporte. De forma geral, independentemente do momento pelo qual optam partilhar a notícia com o seu círculo familiar e social, a maioria dos resultados encontrados, nos estudos analisados, salienta que os casais reconhecem o valor do apoio emocional, a necessidade de, eventualmente, pedir ajuda e o efeito positivo, apaziguador e promotor de esperança, da expressão e partilha de sentimentos e emoções (Meredith et al., 2017; Sousa & Lins, 2020).

Uma das preocupações gerais demonstradas pelos pais quando consideram engravidar novamente, prende-se com o que esperar em termos de cuidados numa futura gravidez. Os casais consideram útil a informação clara e objetiva, bem como percecionam como importante serem alvo de uma monitorização mais frequente. Na prestação de cuidados, na

gravidez subsequente, os pais valorizam que lhes seja dedicado tempo para colocarem questões sobre a gravidez mas, também, para falarem sobre a sua experiência anterior (Meaney et al., 2016).

A literatura analisada comprova que os casais com experiência de perda gestacional procuram, frequentemente, estabelecer interações com os serviços e os profissionais de saúde com o objetivo de alcançarem alguma tranquilidade relativa ao progresso gestacional, já que a informação e orientação disponibilizadas pelos profissionais parece potenciar a experiência de uma gravidez subsequente (Meaney et al., 2016). Contudo, os estudos demonstram que, de forma consistente, os pais consideram que os cuidados de que são alvo não satisfazem as suas necessidades. Regularmente, os casais encontram profissionais de saúde que desconhecem a sua história, o que se repercute em atitudes de desvalorização face aos seus receios e preocupações e, por vezes, a comentários insensíveis e inapropriados. Por outro lado, cuidados empáticos, sensíveis e assentes numa relação de colaboração, nos quais se possibilita ao casal que expresse emoções e sentimentos relacionados com o filho que perderam, parecem traduzir-se numa otimização do bem-estar emocional (Mills, 2014). A procura por garantias junto dos serviços de saúde é, também, referida no estudo desenvolvido por Campbell-Jackson et al. (2014), contudo os casais referem que a tranquilidade e a sensação de alívio se manifestaram apenas a curto prazo.

Num dos estudos analisados, os participantes partilharam os seus pontos de vista sobre o nível de cuidados que efetivamente receberam por parte dos profissionais de saúde, e as suas perceções sobre o tipo de cuidados que gostariam de ter recebido. Os participantes relataram a necessidade de reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, sobre os desafios que enfrentavam e o *stress* que experienciavam. O grau de apoio prestado pelos profissionais de saúde variou, contudo, os participantes referiram, frequentemente, a falta de apoio, de compreensão e de empatia como os aspetos mais perturbadores da situação. Apesar do envolvimento dos profissionais de saúde, no projeto de vida do casal, não fazer a diferença no desfecho da gravidez, o contacto positivo com os mesmos foi fundamental, uma vez que ajudou os participantes a sentirem-se mais apoiados, valorizando a possibilidade de partilharem as suas preocupações. Consideraram, igualmente, que por serem atendidos por profissionais de saúde que lhes prestaram cuidados empáticos, isso teve um efeito positivo no seu bem-estar emocional (Bailey et al., 2019).

No sentido de adquirirem maior controlo sobre os cuidados prestados, muitas mulheres expressam, frequentemente, o desejo de planear o momento do nascimento numa fase

precoce da gravidez, optando por induzir o trabalho de parto antecipadamente ou por cesariana eletiva, o que poderá suscitar conflitos com os profissionais de saúde (Mills, 2014).

No que se refere à educação e preparação pré-natal, os casais consideram a sua participação nestes programas, de forma global, como desconfortável, considerando os possíveis efeitos negativos que a partilha da sua experiência traumatizante poderá ter sobre os outros casais sem contacto prévio com situações de abortamento, o que, frequentemente, se traduziu numa não participação ou na omissão das suas preocupações nas discussões de grupo (Mills, 2014).

Por fim, as mulheres consideram ainda como imprescindível a adoção de uma postura que lhes permita advogar em seu próprio benefício, desenvolvendo a capacidade de não se inquietarem perante a presença de profissionais de saúde. Para tal, adotam diversas estratégias, tais como escreverem as suas preocupações para não se esquecerem de questionar, ou o agendamento de consultas adicionais e a procura de segundas opiniões clínicas, até encontrarem profissionais em quem confiem, desenvolvendo um sentido de controlo sobre a sua gravidez (Meredith et al., 2017).

1.4.6. Conclusões

Os artigos analisados confluem e apresentam resultados concordantes entre eles. De forma geral, todos salientam a natureza única de uma gravidez após uma perda gestacional como um processo emocionalmente tumultuoso repleto de incertezas e expectativas.

Em resposta à pergunta de investigação *“Como vivenciam e se adaptam os casais a uma nova gravidez, após a experiência de perda gestacional?”*, conclui-se que os aspetos que caracterizam uma gravidez subsequente estão irrevogavelmente associados à experiência de perda anterior, e a vivência e adaptação a uma nova gravidez sofre influência não só de processos e mecanismos de *coping* individuais, como também do meio social e familiar envolvente e, ainda, da conduta adotada pelos profissionais de saúde que acompanham estes casais.

Reconhecer e valorizar as expectativas dos casais face aos cuidados de que serão alvo numa gravidez subsequente torna-se fundamental para que se prestem cuidados que respondam efetivamente às suas necessidades. Neste sentido, os resultados apontados nesta revisão de literatura demonstram uma necessidade emergente de reflexão sobre as práticas, reconhecimento das fragilidades e dificuldades na prestação de cuidados a estes casais e formação profissional que, para além da competência técnica, valorize as competências relacionais e humanas. É substancial que se objetive potenciar o bem-estar emocional dos casais, já que se configura inquestionavelmente importante para que os casais desenvolvam esperança no alcance de um desfecho positivo, se envolvam na ligação afetiva com o bebé e desenvolvam as competências parentais necessárias para o desempenho do seu futuro papel.

Atualmente, observa-se um crescente reconhecimento do impacto emocional e psicológico de uma perda gestacional para o homem, bem como o seu papel cada vez mais ativo durante o período de gravidez. No entanto, verificou-se que a maioria dos estudos encontrados concentra-se, maioritariamente, nas experiências e vivências maternas, pelo que se considera que ao nível científico existe a necessidade de desenvolver mais estudos que aprofundem também as necessidades paternas.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

O parto é um dos momentos mais marcantes da vida de uma mulher e da sua família, muitas vezes sonhado e planejado mesmo antes de engravidarem. A sua relevância é tal que, cientificamente, se reconhece que a experiência de parto afeta a saúde e o bem-estar materno de tal forma que, uma experiência negativa está associada a múltiplas morbidades maternas, como por exemplo, stresse pós-traumático, disfunções no estabelecimento de relações interpessoais e no estabelecimento de um vínculo com o bebé (Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari & Sarafraz, 2018).

O EESMO, enquanto profissional detentor de competências técnico-científicas e relacionais, desempenha um papel preponderante nesse momento. Uma experiência de parto positiva é influenciada pelo estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança, no respeito e na empatia que permitam à parturiente sentir-se em controlo e em segurança (Dahlberg, 2015). Neste sentido, cada vez mais se observa uma reformulação e reestruturação da forma de cuidar. As recomendações e *guidelines* internacionais mais atuais defendem que, neste momento, a assistência clínica deve ir de encontro as necessidades da mulher/casal, para que estes desempenhem um papel ativo no parto, evitando as intervenções rotineiras e promovendo a sua autonomia (WHO, 2018).

O trabalho de parto (TP) compreende um conjunto de fenómenos fisiológicos que, espontâneos ou induzidos, conduzem a contrações uterinas rítmicas que provocam a extinção cervical, a dilatação do colo uterino e a progressão e expulsão fetal. O processo do TP pode ser dividido em quatro estádios: o primeiro corresponde à dilatação e extinção do colo do útero; o segundo compreende o momento desde a dilatação completa até à expulsão do RN (período expulsivo); o terceiro, decorre desde o nascimento à dequitação e, por fim, o quarto estadio, também definido como período de hemóstase ou puerpério imediato, corresponde ao período de duas horas após a dequitação (Fatia e Tinoco, 2016).

2.1. Contextualização do estágio clínico

O módulo de estágio referente à prática clínica no serviço Núcleo de Partos está, estruturalmente, organizado para que se cumpra um mínimo obrigatório de 600h de contacto presencial, de modo a que se realizem pelo menos 40 partos, condições satisfeitas no período compreendido entre 1 de Dezembro de 2020 e 4 de Abril de 2021 no Centro Materno Infantil do Norte, sob a orientação de uma EESMO.

O Núcleo de Partos do CMIN é composto por uma urgência de ginecologia e de obstetrícia, constituída por uma sala de triagem de enfermagem, um gabinete médico e uma sala para exame físico e CTG. O serviço de internamento propriamente dito é formado por uma sala com seis camas, das quais três se destinam a grávidas submetidas a indução de TP e as outras três a parturientes na fase latente de TP, e por sete salas de parto individuais destinados a parturientes na fase ativa de TP ou em trabalho de abortamento. O serviço incorpora, ainda, um bloco operatório e uma sala de recobro.

O quadro 4 demonstra o total de experiências adquiridas no contexto de trabalho de parto e parto.

Experiências no âmbito do trabalho de parto e parto					
Parturientes assistidas		Partos executados		Partos participados	
Baixo Risco	Alto Risco	Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvicos	Outros
31	9	16	24	0	8

Quadro 3 - Experiências no âmbito do trabalho de parto e parto

De acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, o EESMO assume a responsabilidade, entre outras, de promover “a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra uterina” e ainda “diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste sentido, durante a nossa prática clínica, todos os aspetos referidos foram tidos em consideração pelo que a prestação de cuidados à mulher e à sua família durante o TP objetivou proporcionar-lhes segurança e satisfazer, quando possível, as suas expectativas, tendo sido adota uma conduta e postura que objetivou influenciar positivamente a

experiência de todas as mulheres cuidadas. Este processo iniciava-se no momento da admissão.

A admissão no Núcleo de Partos decorria do encaminhamento das grávidas/parturientes do Serviço de Urgência (SU) ou do Serviço Materno-Fetal. Dos vários motivos que levavam as grávidas a recorrer ao SU foi possível observar que os mais comuns se relacionavam com dor associada à contração uterina, rotura prematura de membranas, perda do rolhão mucoso e metrorragias. Consoante o motivo de internamento e o estadió do trabalho de parto, as grávidas/parturientes eram encaminhadas para uma das unidades do serviço.

Após realizada a atribuição da unidade à utente procedíamos ao seu acolhimento. Devido à pandemia por SARS-CoV-2, no período durante o qual decorreu o estágio, não era permitida a presença de qualquer acompanhante nesse momento inicial – mas permitida, após um teste negativo, durante a fase ativa de TP – o que se traduzia, muitas vezes, no aumento da ansiedade das grávidas/parturientes. Segundo a literatura, reconhece-se que perante o desconhecido, o desconforto físico e a vulnerabilidade experienciada pelas mulheres no momento do TP, a presença de um acompanhante que a apoie, encoraje e promova a sensação de segurança contribui para uma experiência de parto positiva (Dodou et. al, 2014). Conscientes deste facto, a comunicação verbal e não-verbal demonstrou ser uma importante ferramenta, pelo que, nesse primeiro contacto, nos apresentávamos a nós e à unidade sempre com uma atitude empática, calma e disponível, procurando perceber quais as expectativas, desejos e intenções da mulher para o seu parto.

2.2. Indução do trabalho de parto

A indução do trabalho de parto consiste na estimulação artificial da contractilidade uterina com o propósito de desencadear o TP (Fonseca, 2016). Constituem-se como indicações para a indução do TP as situações nas quais os riscos de prosseguir com a gestação são superiores aos do término da gravidez não existindo, no entanto, necessidade que o nascimento aconteça em poucas horas (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015). A indução de TP está indicada em nas situações de complicações médicas ou obstétricas de causa materna ou

fetal, independentes ou associadas, como por exemplo, IG > 41 semanas completas, PE e/ou HTA, RPM, oligoâmnios, RCIU e/ou morte fetal (DGS, 2015; Fonseca, 2016).

De acordo com Fonseca (2016), o valor preditivo da indução de TP está relacionado com a avaliação do índice de Bishop – o qual é composto por diversos dados relativos à condição cervical da grávida, nomeadamente, a dilatação, consistência, apagamento e posição do colo e os planos de Hodge – sendo um score igual ou inferior a cinco, considerado como desfavorável. Nestas circunstâncias, preconiza-se a maturação do colo previamente à indução de TP.

A indução do TP pode ser realizada com recurso a métodos farmacológicos (dinoprostona em dispositivo vaginal de libertação lenta, dinoprostona em gel intravaginal ou em comprimidos intravaginais, misoprostol em comprimidos intravaginais) ou métodos mecânicos (sonda de Foley). De acordo com o protocolado na instituição hospitalar, a indução de TP era realizada em primeira instância através da administração de misoprostol, considerando-se posteriormente a administração de dinoprostona e de ocitocina em perfusão consoante a evolução. Durante a prática clínica não foi observada a utilização da sonda de Foley dado que a utilização da mesma não se encontra preconizada no serviço.

Uma das principais complicações relacionadas com a indução do TP refere-se à hiperestimulação uterina e às suas possíveis repercussões negativas a nível do bem-estar fetal. Durante o estágio foi possível observar situações de taquissístolia uterina, definida como a ocorrência de cinco ou mais contrações uterinas em dez minutos. Nestes casos é imperioso que se monitorize a FCF dado o risco de hipoxia fetal, uma vez que contractilidade uterina acentuada pode levar a diminuição da perfusão uteroplacentária (Fonseca, 2016). Perante estas circunstâncias, durante o estágio, a conduta adotada passou pela suspensão do fármaco em utilização para a indução, pela administração de fluídos por via endovenosa, manutenção da monitorização CTG e pela administração de agentes tocolíticos, como o salbutamol, de acordo com o recomendado cientificamente.

2.3. Primeiro estadio do trabalho de parto

A fase latente do primeiro estadio de TP é coincidente com a dilatação do colo até aos 5 centímetros (cm), resultando de contrações uterinas variáveis quanto à regularidade, intensidade e percepção dolorosa. A duração desta fase é variável entre as mulheres, contudo, considera-se expectável que não ultrapasse 12h nas primíparas e 10h nas múltiparas (WHO, 2018).

Durante o TP, a parturiente e o feto eram submetidos a algumas atividades de vigilância com o intuito de monitorizar o bem-estar de ambos. No que se refere à avaliação dos sinais vitais esta atividade era realizada pelo menos uma vez por turno, salvo nas situações em que era exigida uma vigilância mais frequente como nos casos de PE ou HTA, de acordo com o protocolado no serviço.

O bem-estar fetal era avaliado com recurso à monitorização cardiotocográfica. Segundo a ACOG (2019), nas parturientes de baixo risco, a monitorização CTG intermitente é uma alternativa segura. Por outro lado, a monitorização CTG contínua pode justificar-se em situações nas quais se verifica a presença de condições maternas ou fetais adversas, nomeadamente, PE, anomalias congénitas, RCIU e na presença de líquido amniótico tingido de mecónio. De acordo com estas recomendações, durante o estágio recorreu-se a utilização de monitorização intermitente durante a indução de TP e/ou fase latente, na ausência de analgesia epidural, possibilitando a realização de refeições, a deambulação e a utilização da bola de Pilates, caso fosse desejado pela parturiente.

A bola de Pilates, como método não farmacológico para alívio da dor, é um recurso disponível no núcleo de partos do CMIN sendo oferecida à parturiente a possibilidade do seu uso. A bola de Pilates, ou Suiça, permite que a parturiente adote uma posição vertical, que favorece a atuação da força da gravidade e o alinhamento do eixo fetal com a bacia materna, a descida e progressão fetal no canal de parto, potenciadas pelo relaxamento produzido pelos exercícios musculares no períneo (Barbieri, Henrique, Chors, Maia & Gabrielloni, 2013, citados por Henrique et al., 2016). Para além de favorecer a progressão do TP é ainda considerada como um método eficaz na promoção do conforto e no alívio da dor (Gallo et al., 2011).

Na prática, observou-se que a maioria das parturientes estava receptiva à utilização deste recurso, contudo, algumas mostravam-se ansiosas, por não terem experimentado este recurso durante a gravidez. Assim, nos casos em que era desejado pela mulher, implementámos intervenções como instruir e treinar sobre a utilização da bola de Pilates, orientando a parturiente para que se sentasse sobre a bola, fazendo um ângulo de 90º com as pernas fletidas, os joelhos afastados e a região plantar dos pés apoiada no chão, enquanto, simultaneamente, executava movimentos de propulsão e rotação pélvica (Henrique, Gabrielloni, Cavalcanti, Melo & Barbieri, 2016).

Uma das intervenções realizadas para avaliação da progressão do TP era o exame vaginal, que permitia não só avaliar a dilatação e extinção do colo do útero como, também, a integridade das membranas amnióticas e a estática fetal, sendo recomendado pela WHO (2018) a sua realização a cada quatro horas durante o primeiro estadio de TP.

Apesar de não existir evidência científica que permita apoiar ou rejeitar o exame vaginal realizado por rotina (Downe, Gyte, Dahlen & Singata, 2013), durante a prática clínica observou-se a realização deste procedimento em intervalos de tempo inferiores ao recomendado. Pode colocar-se, de certa forma, um dilema: se por um lado este é um procedimento doloroso e receado por grande parte das mulheres, por outro, ao nível académico e formativo é importante que através do maior número de experiências possíveis se treine o tato e a sensibilidade num dos procedimentos, pessoalmente, mais desafiantes nesta fase de desenvolvimento de competências. Assim sendo, na prática, tentámos colmatar esta questão, realizando o toque vaginal mediante as necessidades e a evolução do TP, nomeadamente, na admissão ao serviço, se colocação de cateter epidural, na presença de alterações ao nível do traçado cardiotocográfico e mediante a referência de queixas álgicas ou aumento da pressão supra-púbica pela parturiente.

Nestas circunstâncias, bem como em todos os procedimentos realizados e explanados ao longo do presente capítulo, era solicitado à parturiente o seu consentimento. Segundo Negrão (2018), o consentimento informado “é uma manifestação de respeito pelo utente enquanto ser humano”, tendo ao longo da nossa prática clínica sido explicado a todas as parturientes aquilo em que consistia o procedimento proposto, qual a sua finalidade, bem como de que outras opções dispunha, tendo em consideração não só os seus desejos como o seu papel ativo durante o trabalho de parto.

Um outro procedimento realizado durante o ensino clínico foi a amniotomia, ou seja, a rotura de membranas amnióticas de forma artificial, provocada pelo profissional de saúde. Apesar

da realização da rotura artificial de membranas por rotina não estar recomendada pela WHO (2018), assim como a administração de ocitocina para prevenção de trabalho de parto prolongado, durante o ensino clínico estes procedimentos foram realizados de forma rotineira segundo uma prática supervisionada. Aquando da realização deste procedimento, alguns aspetos eram tidos em consideração, tais como a dilatação cervical entre três e cinco cm, o encravamento da apresentação fetal e a presença de um traçado cardiotocográfico tranquilizador.

A realização da amniotomia não é inócua existindo, portanto, riscos que devem ser minimizados como, por exemplo, de infeção e de prolapso ou compressão do cordão umbilical (Fonseca, 2016). Neste sentido, a execução da amniotomia era realizada segundo técnica asséptica, durante a contração uterina, com recurso à pinça de Herff e, posteriormente, com o intuito de prevenir o prolapso do cordão, sustentávamos a apresentação fetal de modo a controlar a sua descida. Executado o procedimento, as características do líquido amniótico (cor, cheiro e quantidade), bem como a hora da amniotomia, eram cuidadosamente registadas e assegurada a manutenção da monitorização de CTG para detetar qualquer alteração subsequente.

Quando as parturientes entravam na fase ativa de TP – desde os 5cm de dilatação do colo até à dilatação completa (WHO, 2018) – eram transferidas para uma das salas de parto individuais e questionadas sobre o desejo de analgesia epidural.

Os benefícios deste tipo de analgesia, enquanto método farmacológico para alívio da dor durante o trabalho de parto são amplamente reconhecidos e inegavelmente eficazes e, para além de possibilitarem o repouso físico da parturiente, não comprometem a sua noção do processo de trabalho de parto (NICE, 2014). Na prática clínica, existiram diversas oportunidades de colaborar com o anestesista durante a colocação do cateter epidural, adotando uma postura ativa na instrução e treino das parturientes sobre exercícios respiratórios que se demonstraram eficazes no controlo da dor e na manutenção da postura corporal adequada para a realização do procedimento.

Os exercícios respiratórios para além de diminuírem a dor associada às contrações uterinas, melhoram os níveis maternos de saturação de oxigénio e, por conseguinte, promovem a oxigenação fetal. A correta execução dos mesmos envolve concentração e controlo pelo que promove a distração da mulher das contrações uterinas, possibilitando o relaxamento e a diminuição da ansiedade (Gallo et al., 2011). De modo a promover o alívio da dor e a otimizar

a técnica de colocação de cateter epidural, as parturientes eram instruídas a realizar inspirações e expirações profundas e longas no momento da contração.

Apesar das *guidelines* internacionais recomendarem a administração de fármacos em bólus (NICE, 2014 e WHO, 2018), durante o ensino clínico verificou-se que, com regularidade, os médicos anestesistas privilegiavam a perfusão contínua. Como efeito secundário, este procedimento resultava no bloqueio motor e diminuição do controlo, por parte da mulher, dos movimentos da parte inferior do seu corpo mantendo-a, assim, em repouso no leito.

Este efeito, aliado à monitorização contínua protocolada no CMIN durante esta fase do TP, resultava numa diminuição da mobilidade da parturiente e na dificuldade de adoção de uma posição diferente do decúbito dorsal. Contudo, reconhece-se cientificamente que as posições verticais, pela ação da gravidade, favorecem a progressão do TP, promovem o controlo da dor, aumentam a satisfação materna e a qualidade das contrações uterinas (Ferrão e Zangão, 2017). Diversos estudos observacionais demonstram que, espontaneamente, as parturientes tendem a adotar diferentes posições ao longo da progressão do TP, sendo difícil consensualizar qual a melhor. No entanto, a utilização de posições verticais, que incluem a deambulação, a posição de pé, sentar ou ajoelhar, quando comparadas a posições de decúbitos laterais ou de supina, parecem diminuir a duração do primeiro estadio de TP em cerca de uma hora (ACOG, 2017). Neste sentido, recomenda-se que as parturientes de baixo risco sejam encorajadas não só a adotar posições verticalizadas como, também, a alternarem com outras posições em que se sintam confortáveis (WHO, 2018).

Durante o primeiro estadio de TP e, de acordo com as possibilidades institucionais, esta foi uma das recomendações que nortearam a nossa prática, sendo oferecido às parturientes a possibilidade de utilização de recursos no leito – como a lentilha para promoção da mobilidade da bacia – e de alternância de posições tais como, decúbitos laterais, posição de quatro apoios e posição sentada com elevação da cabeceira da cama ou utilização das pernas.

A posição de litotomia está descrita como menos favorecedora em relação às posições verticalizadas uma vez que diminui a eficácia das contrações uterinas, torna os esforços expulsivos mais difíceis, por atuarem contra a força da gravidade, diminui a mobilidade da bacia e impede que a cabeça fetal mantenha uma pressão contínua no períneo, dificultando a sua distensão gradual (Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016). Contudo, esta acabou por se

demonstrar ser a posição de eleição no CMIN e durante o período expulsivo e, não obstante, pretendida por algumas parturientes assistidas.

A alocação das parturientes às salas individuais era associada, pelas mulheres, à proximidade temporal com o parto verificando-se, frequentemente, a verbalização de preocupações e receios, como por exemplo, a ausência do companheiro. De acordo com Graça (2017), os níveis elevados de ansiedade e medo provocam uma maior secreção de catecolaminas que, conseqüentemente, aumenta a tensão muscular – diminuindo a eficácia das contrações e prejudicando a evolução do TP – e aumenta a percepção da dor.

Para além das alterações fisiológicas, o momento do parto acarreta também mudanças a nível psicológico e social, sendo marcante no percurso de vida da mulher e da sua família. Neste sentido, os profissionais de saúde devem adotar uma conduta que tenha em consideração os sentimentos, crenças, desejos e aspirações da parturiente (Amaral & Martins, 2016).

O suporte contínuo às parturientes é definido como “uma interação humana intencional entre o EESMO e a parturiente, com o objetivo de promover uma forma positiva de encarar todo o processo do nascimento” (Amaral & Martins, 2016, pp. 402). Este suporte contínuo é também recomendado pela ACOG (2017), uma vez que se associa o apoio emocional não só a uma experiência de parto mais positiva como também à diminuição do tempo de TP, a menores taxas de cesarianas e de utilização de analgesia epidural e a RN com índices de Apgar superiores.

Tendo em consideração o supracitado, durante o estágio foram implementadas intervenções no sentido de promover o bem-estar emocional da parturiente, através do estabelecimento de uma relação terapêutica e da prestação de cuidados individualizados.

Na prática, estas intervenções concretizaram-se de diversas formas, tendo sido providenciado tanto suporte físico como emocional. A nível físico, executou-se o toque terapêutico, que transmite uma sensação de conforto e uma atitude de carinho, considerando as diferenças culturais e vontades da parturiente, a gestão da privacidade e do ambiente físico nomeadamente na adequação da luminosidade ao gosto da parturiente e a aplicação de compressas frias na região da testa e do pescoço, que retardam a transmissão da dor (Amaral & Martins, 2016).

De acordo com Amaral e Martins (2016), a satisfação materna relativa ao processo do trabalho de parto associa-se mais às atitudes e comportamentos dos profissionais do que

propriamente ao alívio da dor física. Neste sentido, a nível emocional as intervenções executadas incluíram a execução da escuta ativa, segundo uma postura calma, respeitosa e atenciosa e uma atitude de incentivo e encorajamento.

2.4. Segundo estadio de trabalho de parto

O segundo estadio de TP, também designado por período expulsivo, é definido como o período entre a dilatação completa e a expulsão fetal (Fatia & Tinoco, 2016).

A duração desta fase é influenciada por diversos aspetos, dos quais são exemplo a eficácia das contrações, a analgesia, a condição física e emocional da parturiente, a posição e paridade, entre outros. Este período pode demorar até três horas, sendo o tempo de espera condicionado pela avaliação da progressão da descida e rotação fetal e da FCF (Fatia & Tinoco, 2016)

Durante a prática clínica foi possível experienciar que uma conduta pouco intervencionista, tal como discutida no ensino teórico, nem sempre é adotada. Na prática, observou-se o incentivo à realização de esforços expulsivos assim que as parturientes apresentavam dilatação completa, apesar das *guidelines* recomendarem que, em parturientes submetidas a analgesia epidural, estes sejam adiados entre uma a duas horas desde que as condições maternas e fetais o possibilitem (WHO, 2018).

A episiotomia consiste numa incisão perineal com o intuito de aumentar a área de saída do feto, que está indicada em situações de partos distócicos, macrossomia fetal, cicatrizes prévias na região genital que possam resultar em lacerações graves aquando da passagem do feto e perante sofrimento fetal agudo (Fatia & Tinoco, 2016).

Não existe evidência de que a execução de episiotomia diminua a frequência de lesões perineais, situações de incontinência urinária nem futuros prolapsos vaginais pelo que se preconiza que esta não deve ser executada de forma rotineira devendo sempre existir uma cuidadosa avaliação das características perineais e do bem-estar fetal (Fatia & Tinoco, 2016; WHO, 2018).

A manipulação reduzida dos tecidos neste estágio de TP, as posições verticalizadas e a episiotomia seletiva facilitam a promoção da integridade do períneo (Fatia & Tinoco, 2016).

Durante a prática clínica este tipo de incisão perineal foi executada em oito dos 40 partos realizados, - tendo-se identificado palidez do períneo, tecidos com pouca elasticidade e tensos ao toque -, com o objetivo de reduzir o risco de morbidade materna associada ao trauma perineal severo. Quando justificado, a incisão foi realizada no momento da contração uterina, na direção medio-lateral, associada a menor risco de lesão do esfíncter anal (WHO, 2018) e sempre com o consentimento informado da parturiente, solicitado num momento anterior ao de execução da técnica.

As manobras executadas com o intuito de facilitar a expulsão fetal, também têm impacto na promoção da integridade perineal. Durante a prática clínica foi utilizada a abordagem *hands-on* – em que uma mão suporta a cabeça fetal e a outra o períneo – para proteção perineal de acordo com o recomendado cientificamente. Uma das maiores dificuldades sentidas na realização dos primeiros partos prendeu-se exatamente com este aspeto, sendo desafiante, apesar dos conhecimentos teóricos, perceber a rotação da cabeça fetal e compreender o momento para intervir.

Aquando do nascimento, a hora era rigorosamente registada e era avaliada a capacidade de adaptação à vida extrauterina do RN segundo o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto, que permite a avaliação das condições de vitalidade do RN – frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele (Freitas & Baptista, 2016).

Relativamente aos cuidados imediatos ao RN, a nossa prática, no contexto de estágio, teve em consideração as recomendações da WHO (2018) sobre a não aspiração de secreções intraparto em RN que começam a respirar espontaneamente e com líquido amniótico de cor clara.

No que concerne à clampagem do cordão umbilical, a evidência sugere que os RN de termo parecem beneficiar da clampagem tardia pelo que se recomenda a sua realização após, pelo menos, 30 a 60 segundos do nascimento. Segundo a ACOG (2020), nos RN de termo a clampagem tardia do cordão aumenta os níveis de hemoglobina ao nascimento e melhora as reservas de ferro nos primeiros meses de vida. Na prática clínica este procedimento foi realizado após o primeiro minuto de vida, de acordo com as normas hospitalares, sendo o casal encorajado à realização deste procedimento se assim o desejassem.

O contacto pele é pele, para além de ser um procedimento simples, apresenta múltiplos benefícios físicos, psíquicos e emocionais quer na transição do RN para a vida extrauterina, quer na recuperação materna, quer na promoção do desenvolvimento de um vínculo afetivo entre a mãe e o bebé (Bezerra et al., 2016). Contudo, apesar de a sua prática ser recomendada em todas as situações em que a mãe e o RN se apresentem saudáveis e sem complicações, durante a prática clínica o contacto pele a pele imediato não foi promovido, uma vez que era uma prática supervisionada numa instituição hospitalar que não permitia a sua realização. Segundo Freitas e Baptista (2016), é da competência do profissional de enfermagem promover a ligação emocional entre a tríade, não se cingindo aos primeiros cuidados ao RN e aos procedimentos técnicos. Desta forma, e cumprindo as indicações institucionais, durante o ensino clínico, mais frequentemente durante a participação em partos distócicos, procurou encorajar-se e motivar-se o acompanhante a colaborar nos primeiros cuidados ao RN, auxiliando nas avaliações antropométricas e vestindo-o.

2.5. Terceiro estadio de trabalho de parto

O terceiro estadio do TP, designado por dequitação, compreende o período desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta. Após a expulsão fetal, a diminuição súbita das dimensões uterinas e a contratilidade uterina, resultam na redução significativa da área de implantação da placenta, sofrendo um espessamento. Esta tensão provoca a rotura das vilosidades com formação de hematoma retroplacentar, potenciando o deslocamento do revestimento basal e expulsão placentar. Este processo pode ocorrer por dois mecanismos, de Schultze ou de Duncan, consoante o descolamento se inicia na zona mais central ou periférica, respetivamente (Fatia & Tinoco, 2016).

O tempo de descolamento placentar é variável e o respeito pelo tempo fisiológico é importante. Durante este período, o EESMO pode adotar uma condução expectante/fisiológica ou ativa, no entanto, no decurso da nossa prática clínica supervisionada, recorreu-se à administração rotineira de uterotónicos e à realização da tração controlada do cordão, conforme recomendado cientificamente, de forma a reduzir o risco de hemorragia pós-parto. A hemorragia pós-parto é definida como uma perda de

sangue superior a 500ml no período de 24 horas após o parto, sendo a causa direta mais comum de morte materna (WHO, 2012).

Após a expulsão da placenta procedeu-se à cuidadosa e rigorosa inspeção da mesma, assim como das membranas, de forma a verificar se não teria ocorrido fragmentação ou retenção de alguma estrutura. Avaliou-se a formação do globo de segurança de *Pinard* e procedeu-se à inspeção do canal de parto. Perante períneos íntegros, eram realizados os cuidados de higiene à parturiente e a mesma era colocada numa posição confortável. Quando se identificavam lesões perineais, procedíamos à realização de episiorrafia ou perineorrafia. Durante o estágio foi observado um caso de fragmentação das membranas, tendo sido realizada revisão uterina pela médica obstetra.

Durante este período temporal, o RN era avaliado pelo pediatra que avaliava, em colaboração com o enfermeiro, o peso corporal, o perímetro cefálico e o comprimento, era administrada a vitamina K e aplicada a pomada oftálmica, conforme protocolado.

Por fim, já durante o estadio correspondente ao puerpério imediato – que compreende a primeira hora após a saída da placenta – era assegurada a manutenção das atividades de vigilância à puérpera e ao RN. Para além do referido, durante este período, promoveu-se e assegurou-se a amamentação na 1ª hora de vida do RN, sempre que essa era a opção da mulher.

Duas horas após o nascimento, sem intercorrências relacionadas com a mãe ou com o bebé, ambos eram transferidos para o serviço de puerpério.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DOS CUIDADOS À MULHER NO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE

O puerpério define-se como o período que decorre desde o nascimento do recém-nascido até às seis semanas pós-parto, o qual pode ser dividido em três intervalos temporais distintos - imediato, precoce e tardio - consoante as necessidades da mulher em cada período (WHO, 2010). Esta é uma fase tão significativa na vida das mulheres como desafiante e exigente sendo vista como um período de vulnerabilidade, propício à ocorrência de situações críticas, por exigir em si próprio um conjunto de adaptações biopsicossociais tanto no que se refere à puérpera como também ao RN, ao casal e à família (Carvalho, Gaspar & Cardoso, 2017; Finlayson, Crossland, Bonet & Downe, 2020). Qualquer intercorrência que influencie um destes grupos-alvo pode representar uma ameaça à saúde materna ou infantil (Andrade, Santos, Maia & Mello, 2015). Nesse sentido, o puerpério exige, por parte dos profissionais de saúde, um acompanhamento personalizado e especializado que previna não só a ocorrência de desajustes pessoais e familiares como potencie e promova o desenvolvimento saudável (OE, 2015).

Segundo a WHO (2013), o período do puerpério é o mais negligenciado na prestação de cuidados obstétricos, motivo pelo qual se justifica a intervenção do EESMO, não só no desenvolvimento de atividades de vigilância dirigidas à mãe como também ao RN e na prestação de cuidados humanizados segundo uma perspetiva holística daquela nova família.

Esta prestação de cuidados holística implica que a avaliação e resposta às reais necessidades da díade mãe-bebe seja integrada no seu contexto sociocultural e familiar e, ainda, que promovam o seu empoderamento e desenvolvimento harmonioso sendo, segundo a OE (2015), “dever de todo os EESMO ajudar a cliente a maximizar o seu potencial de saúde”.

3.1. Contextualização do estágio clínico

O estágio clínico realizado no serviço de Puerpério está, estruturalmente, organizado para que se cumpra um mínimo obrigatório de 100h de contacto presencial, condição satisfeita no período compreendido entre 10 a 29 de novembro de 2020, sob a orientação de uma EESMO.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o EESMO assume a responsabilidade, entre outras, de cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” com o intuito de “potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (Diário da República/OE, 2019).

De forma concordante com o regulamento supracitado, este estágio visava atingir alguns objetivos gerais, tais como, a identificação das necessidades específicas de cada puérpera/casal e recém-nascido, quer física quer psicologicamente; a deteção precoce de possíveis complicações no período pós-parto e, ainda, a implementação de intervenções promotoras das competências parentais, da adaptação à parentalidade e a amamentação exclusiva.

O serviço de puerpério acolhe todas as puérperas e RN de baixo risco, independentemente do tipo de parto, iniciando-se a admissão dos mesmos através de um contacto telefónico por parte um elemento da equipa de enfermagem do Núcleo de Partos ou do Bloco Operatório, no qual eram transmitidos alguns dados clínicos relativos, por exemplo, ao tipo de parto, à hora de nascimento, à condição perineal, à amamentação na primeira hora de vida e o índice de APGAR do RN.

O tempo de internamento dependia do estado clínico da puérpera e do RN, bem como do tipo de parto sendo que um internamento decorrido sem intercorrências após um parto eutócico ou distócico por ventosa/fórceps tinha a duração de 48h e um internamento após cesariana tinha a duração de 72h, devido aos riscos associados a uma cirurgia abdominal.

Como já referido, o pós-parto representa um momento único na vida da mulher/casal, caracterizado por uma montanha-russa de sentimentos ora de alegria e amor, ora de inseguranças e dúvidas. Segundo a literatura, uma das estratégias que promove a segurança e confiança materna é o alojamento conjunto, ou seja, a permanência do RN junto da mãe,

durante 24h, até à alta hospitalar. No serviço no qual decorreu o estágio clínico, está implementado este tipo de organização que, entre outras vantagens como a promoção do aleitamento materno, promove e favorece a criação de um vínculo e a ligação emocional entre a díade mãe-bebé (Silva & Braga, 2019).

Durante o estágio clínico foram acompanhadas várias puérperas e recém-nascidos. O quadro 5 demonstra o total de clientes alvo de cuidados e vigilância.

Experiências no âmbito do pós-parto e parentalidade			
Puérperas		Recém-nascidos	
Baixo Risco	Alto Risco	Baixo Risco	Alto Risco
89	24	90	21
Total de experiências: 113 puérperas + 111 recém-nascidos			

Quadro 4 - Puérperas e recém-nascidos alvo de cuidados e vigilância

3.2. Cuidados à puérpera

O acolhimento por parte da equipa de enfermagem é feito em qualquer serviço de internamento, contudo, realizá-lo de forma mecanizada poderá comprometer a construção de uma relação terapêutica (Costa, Garcia & Toledo, 2016). Neste sentido, aquando da entrada da puérpera no serviço de internamento, o seu acolhimento era realizado de forma harmoniosa.

Este contacto inicial iniciava-se pela apresentação enquanto estudante e pelo acompanhamento da puérpera e do RN ao quarto, local onde local onde confirmávamos a identificação de ambos, bem como correta colocação da pulseira eletrónica do RN, realizávamos a integração e disponibilizávamos um guia de acolhimento, no qual constavam informações como o horário de visitas e as normas do serviço.

Posteriormente, procedíamos à consulta do processo clínico, confirmando-se informações fornecidas pela puérpera, com o intuito de colher dados relativamente à sua história pessoal e obstétrica. Posto isto e com o consentimento da puérpera, realizávamos um exame físico inicial.

O exame físico era realizado segundo uma progressão céfalo-caudal, iniciando-se por uma observação geral do estado da puérpera nomeadamente no que respeita à coloração da pele e mucosas, para despiste de possível hemorragia, e monitorização dos sinais vitais. Em seguida observavam-se as mamas quanto à sua forma, consistência, sensibilidade, temperatura e integridade e aspeto do mamilo. A nível abdominal era avaliada a contração uterina bem como a presença de globo vesical e conseqüente necessidade de esvaziamento vesical e, especificamente nas puérperas submetidas a cesariana, avaliava-se o penso da ferida cirúrgica, isto é, se o mesmo se encontrava limpo e seco externamente e aderente à pele. Procedia-se também a uma inspeção do períneo, no qual se avaliavam as características da ferida perineal, se presente, bem como as características dos lóquios, mais concretamente no que diz respeito à quantidade mas também em relação à cor e cheiro. Por fim observavam-se os membros inferiores quanto à presença de edema ou de sinais de tromboembolismo. Simultaneamente, incentivava-se a puérpera a expressar as suas dúvidas ou desconfortos e a partilhar a sua experiência de parto, de forma a avaliar o seu estado emocional.

A avaliação do estado geral da puérpera era realizada não só no momento da admissão como também, pelo menos, uma vez por turno e consoante a sua evolução clínica uma vez que se preconiza, mesmo nas situações de baixo risco, a implementação de atividades de vigilâncias dos parâmetros fisiológicos e cuidados de enfermagem que visem prevenir e detetar possíveis complicações, os quais se descrevem em seguida.

As características da pele e das mucosas são importantes indicadores de possíveis perdas hemáticas pelo que o seu estado era avaliado com o intuito de detetar precocemente sinais de alarme, nomeadamente, pele descorada, fria e viscosa e/ou seca, sugestivos de anemia, choque hipovolémico ou desidratação, respetivamente (Santos & Baptista, 2016). Durante o estágio clínico observaram-se apenas achados normais relativamente ao sistema tegumentar, tais como, estrias nas mamas, abdómen e coxas, *linea alba* e hiperpigmentação das aréolas mamárias.

As atividades de vigilância referentes à avaliação de sinais vitais eram desenvolvidas pelo menos uma vez por turno, consoante protocolado no serviço. Relativamente ao sistema cardiovascular considera-se normal uma ligeira elevação dos valores da tensão arterial nos primeiros quatro a cinco dias pós-parto, assim como uma elevação da frequência cardíaca nas primeiras 48h (Graça, 2017). Por outro lado, considera-se um sinal de alarme uma

elevação da temperatura corporal superior a 38º após 24 horas pós-parto pelo que, se identificada febre, a causa deverá ser prontamente identificada e tratada.

No período que compreende as 24 horas após o parto, geralmente, as mamas apresentam-se moles e segregam o colostro, contudo, quando ocorre a descida de leite é frequente que surjam alguns desconfortos ou problemas associados, dos quais são exemplo a presença de calor, rubor, tensão mamária e mamilos fissurados ou macerados (Santos & Baptista, 2016). Assim, de forma a identificar possíveis riscos ou fatores dificultadores da amamentação foram realizadas atividades de vigilância neste âmbito, nomeadamente no momento da mamada que se constituía como uma oportunidade para observar as mamas quanto à sua forma, consistência, sensibilidade e temperatura bem como quanto à integridade e aspeto do mamilo.

No estágio clínico foi possível, e relativamente comum, acompanhar puérperas com mamilos macerados e fissurados. Nestas situações as mulheres eram incentivadas a aplicar algumas gotas de colostro, pelas suas propriedades cicatrizantes, no mamilo e na aréola, e a expor as mamas ao ar. Uma vez que estávamos perante uma prática supervisionada, frequentemente, também se recomendava às puérperas que aplicassem pomadas de lanolina com o intuito de promover a cicatrização da pele. Contudo, existem estudos que referem que a aplicação destas pomadas não é eficaz na prevenção do trauma mamilar sendo mais eficiente uma correta higienização das mamas e dos mamilos sendo recomendada a lavagem apenas uma vez por dia sem friccionar a pele e evitada a aplicação de sabão (Costa, Souza, Guimarães & Vieira, 2013; Santos & Baptista, 2016). Outra estratégia preventiva passa por deixar que o RN largue a mama espontaneamente contudo, no caso de existir necessidade de interromper a mamada, instruíamos as puérperas a introduzir tenuemente o dedo mínimo na boca do bebé, com o objetivo de retirar o vácuo e interromper a sucção (Stefanello, Rios & Mendes, 2019).

Para além do desconforto associado ao trauma mamilar, é também frequente que as puérperas experienciem algum desconforto associado à descida do leite – que ocorre entre as 48-72h após o parto – no qual as mamas se apresentam cheias, quentes, tensas e pesadas. Para gerir e minimizar este desconforto, as puérperas devem ser incentivadas a colocar o RN à mama, de forma a esvaziá-la e diminuir a tensão mamária (Santos & Baptista, 2016).

Quando o leite não é drenado em quantidade suficiente, a situação poderá evoluir para o desenvolvimento de um ingurgitamento mamário, o qual se caracteriza por mamas mais edemaciadas, brilhantes e dolorosas. Frequentemente pode surgir febre e o mamilo torna-se mais raso pela tensão mamária existente, dificultando a realização de uma boa pega por

parte do RN. Durante a prática, não foram observados casos de ingurgitamento mamário ou outras complicações precoces da amamentação, contudo, com o intuito de prevenir o possível desenvolvimento das mesmas, as puérperas foram incentivadas a amamentar em livre demanda, em diversas posições e instruídas a reconhecer os sinais de boa pega, nomeadamente: o RN apresenta a boca bem aberta, as bochechas arredondadas, o seu lábio inferior está virado para fora, o queixo encontra-se encostado à mama e o nariz afastado e é possível observar-se mais aréola acima do que abaixo da boca do bebé (Levy & Bértolo, 2012).

O processo de retorno do útero ao seu estado pré-gravídico decorre, essencialmente, da contração das fibras musculares estimando-se que a sua regressão seja, aproximadamente, de um a dois centímetros a cada 24 horas, deixando de ser palpável ao décimo dia pós-parto (Ferreira, 2016).

A palpação abdominal para avaliação do tónus uterino é a atividade de vigilância que permite avaliar a contração uterina sendo recomendada a sua realização para deteção precoce de atonia uterina a todas as mulheres no período pós-parto (WHO, 2012). Uma vez que a atonia uterina é a causa mais frequente de hemorragia pós-parto, realizava-se simultaneamente uma massagem no fundo uterino com o objetivo de facilitar a expulsão de coágulos sanguíneos e estimular a contratilidade uterina através da libertação de prostaglandinas (Santos & Baptista, 2016). Frequentemente as contrações miométriais são percecionadas pelas puérperas como dor, sendo mais intensas durante a as mamadas como consequência da libertação de ocitocina. O processo de involução uterina é afetado pelo tipo de parto, paridade e amamentação sendo o volume uterino superior nas mulheres submetidas a cesariana, múltiparas ou que não amamentam (Graça, 2017).

A dilatação vesical influencia o processo de contração, uma vez que a bexiga cheia ocupa espaço abdominal e desvia o útero da sua linha média (Graça, 2017). Neste sentido, a palpação uterina era realizada após verificação prévia de que a puérpera apresentava a bexiga vazia.

As puérperas acompanhadas durante o estágio clínico tiveram, à data de acompanhamento, um processo normal, sendo que em todas elas o útero se encontrava bem contraído com localização peri e infra umbilical.

Tendo em conta que a ferida placentar se encontra em cicatrização, a mulher apresenta nesta fase libertação de fluxo sanguíneo pelo canal vaginal – lóquios – os quais também eram alvo de vigilância e monitorização.

As características e quantidade dos lóquios alteram-se ao longo do tempo, sendo que nas primeiras 24 horas se designam como lóquios hemáticos, cujo fluxo é abundante e se constituem, maioritariamente, por sangue, decídua e restos de trofoblasto. A partir deste período a sua quantidade diminui gradualmente e, entre o terceiro e quarto dia, designam-se lóquios sero-hemáticos constituídos por sangue envelhecido, soro, leucócitos e restos tecidulares. Ao décimo dia, a drenagem é escassa, de cor amarelo-esbranquiçada caracterizados como lóquios serosos compostos por leucócitos, muco, células epiteliais, decídua, soro e bactérias (Ferreira, 2016).

O fluxo dos lóquios é potenciado com a verticalidade devido à atuação da força da gravidade, podendo aumentar com o levantar e a deambulação e com a amamentação, devido à ação da ocitocina. A vigilância da perda sanguínea é de extrema relevância uma vez que uma perda aumentada pode significar retenção de fragmentos placentares ou lacerações perineais que requerem avaliação. A avaliação da quantidade da perda sanguínea era realizada segundo a saturação do penso higiénico tendo em conta um período de duas horas, considerando-se abundante se, neste período, o penso se encontra saturado (Lowdermilk e Perry, 2009).

No estágio clínico aproveitava-se ainda esta altura para realizar os cuidados perineais nas situações em que as puérperas ainda se encontravam em repouso no leito e eram realizados ou reforçados os ensinamentos relativos à higiene íntima. Segundo a OE (2015), os cuidados vulvo-perineais devem ser realizados com água tépida, a limpeza efetuada no sentido ântero-posterior após cada ida à casa de banho, a secagem realizada por pressão ao invés de fricção e o penso higiénico deve ser trocado a cada quatro a seis horas ou consoante a perda sanguínea, mantendo a região perineal seca.

Relativamente ao períneo, este era inspecionado e avaliado quanto ao seu aspeto e integridade, nomeadamente, quanto à presença de ferida perineal, quer por laceração, quer por episiotomia com o objetivo de avaliar o processo de cicatrização e despistar possíveis sinais de infeção.

O processo de cicatrização da ferida perineal é semelhante ao processo de cicatrização de uma ferida cirúrgica. Assim sendo, foram considerados achados normais o rubor, calor e edema observados na prática, característicos da segunda fase do processo cicatricial –

inflamatória – na qual os vasos sanguíneos se encontram mais permeáveis e dilatáveis, consequência do aumento do fluxo sanguíneo na área lesada e acumulação de fluidos nos tecidos moles (Graça, 2017).

Na prática clínica foi perceptível que a maioria das puérperas experienciava algum grau de desconforto perineal. Algumas delas apresentavam dor no local da ferida perineal, decorrente de lacerações ou episiotomias, outras, embora com períneos íntegros, referiam dor associada ao trauma perineal e, ainda, dor associada a hemorroides, muitas vezes presentes. Para além da dor perineal poder influenciar negativamente a eliminação vesical e intestinal (Gonçalves, Parreira & Coutinho, 2019), foi observado que, em alguns casos, a dor tinha implicações no autocuidado e na prestação de cuidados ao RN, uma vez que o desconforto físico era limitante. Assim sendo, a gestão da dor foi uma das intervenções desenvolvidas, quer por meios farmacológicos quer por meios não farmacológicos como a crioterapia – aplicação de gelo, durante 10 a 20 minutos conforme recomendado pela literatura (Silva, 2019). Para além do intuito de diminuir a dor, esta intervenção era implementada também com o objetivo de promover o conforto e contribuir para uma experiência mais positiva.

A fisiologia da gravidez provoca alterações hormonais e músculo-esqueléticas que, associadas a possíveis traumatismos pélvicos e a analgesia administrada durante o trabalho de parto, concorrem para o risco de diminuição do reflexo de micção. Como já referido, a distensão vesical influencia o processo de contração do útero e, desta forma, aumenta o risco de atonia uterina bem como potencia a suscetibilidade a infeções urinárias (Graça, 2017). Neste sentido, a eliminação vesical foi também um aspeto alvo de vigilância sendo avaliada de quatro em quatro horas, segundo o protocolado na instituição, promovendo-se o esvaziamento espontâneo da bexiga até um máximo de seis horas pós-parto. A estimulação urinária era realizada através de medidas como promoção da deambulação e otimização da tentativa urinar pelo som de água a correr ou colocação das mãos num recipiente com água fria. Pelos riscos já descritos, em última instância, ponderava-se a realização do procedimento de esvaziamento vesical por cateterização que, durante a prática clínica, não houve necessidade de realizar uma vez que todas as puérperas acompanhadas apresentaram micção espontânea nas quatro horas pós-parto.

Segundo Graça (2017), nas 72 horas após o nascimento existe um estado, fisiológico, de hipercoagulabilidade que, associado a lesão vascular e à imobilidade pós-parto, potencia o risco de tromboembolismo. Por este motivo, no exame físico à puérpera procedíamos à

avaliação do sinal de Homan e atuávamos de forma a prevenir uma trombose venosa profunda, incentivando a mobilização dos membros inferior precocemente.

Segundo o protocolo instituído no CMIN, o primeiro levante é sempre realizado sob supervisão de um enfermeiro, dado o risco de hipotensão ortostática existente nas 48h seguintes ao parto (Lowdermilk, 2009). Após um parto vaginal, as orientações institucionais referem que o primeiro levante pode ser realizado nas primeiras horas após o parto, logo que a puérpera apresente vontade e capacidade para tal, no máximo, até 12 horas. Após uma cesariana, está descrito que o primeiro levante se deve executar entre seis a oito horas pós-operatório. Contudo, antes da realização do procedimento é preponderante proceder à avaliação da sensibilidade dos membros inferiores que, por efeito lateral da anestesia epidural ou raquidiana, podem apresentar algum nível de bloqueio motor sendo necessário esperar até que a puérpera recupere a sensibilidade dos membros. De igual forma os valores da tensão arterial eram também monitorizados antes e no decorrer do levante que se executava de forma gradual, iniciando-se pela elevação da cabeceira da cama até à supervisão da deambulação.

Para além das atividades de vigilância realizadas relativamente aos aspetos físicos, durante a nossa prática clínica debruçámo-nos ainda sobre os aspetos emocionais da mulher no puerpério, já que se reconhece que a recuperação psicológica da mulher após o nascimento do seu filho necessita de muito mais do que seis semanas (WHO, 2010).

O puerpério é uma fase caracterizada não só por múltiplas alterações hormonais, mas também pela reestruturação da identidade da puérpera enquanto mulher e mãe. A alteração da imagem corporal, a reorganização familiar e as exigências sociais em torno da maternidade transformam este período num dos mais vulneráveis para a mulher (Leitão, 2016).

Durante o ensino clínico foi possível observar que a maioria das puérperas apresentava períodos de labilidade emocional, choro fácil, e exprimiam a necessidade de validação do enfermeiro, relativamente aos cuidados que prestavam ao RN. Todos estes aspetos foram avaliados e entendidos como expectáveis, não tendo sido acompanhadas puérperas com distúrbios emocionais. No entanto, segundo a literatura, as alterações da linha depressiva no pós-parto (*blues* pós-parto, depressão pós-parto e psicose puerperal) surgem a partir do terceiro dia, momento em que a maioria das puérperas já recebeu alta clínica. Desta forma, ainda durante o internamento, tentámos perceber se as puérperas apresentavam fatores de risco, se possuíam uma rede de apoio familiar e social, bem como estabelecer uma relação

terapêutica, adotando-se uma postura de disponibilidade que fomentasse a expressão de dúvidas, sentimentos e emoções, ao invés das socialmente expectáveis (Leitão, 2016).

3.3. Amamentação

No que concerne à amamentação, verifica-se uma concordância científica de que a sua prática exclusiva é a melhor forma de alimentar uma criança até aos seis meses de vida (Levy & Bértolo, 2012). Por ser um alimento vivo, completo e natural, quando comparado a qualquer alternativa, é bacteriologicamente mais seguro, nutricionalmente rico e equilibrado, adequando-se ao desenvolvimento e às necessidades do bebé (Bobak et al., 2003 citado por Boas, 2013).

A literatura enumera os variados benefícios do aleitamento materno, tanto a curto como a longo prazo, quer no que respeita a questões nutricionais, imunológicas e psicológicas, não só para o bebé como também para a mãe, família, comunidade, meio ambiente e economia.

Após o parto, existem dois reflexos mamários essenciais à lactação: a lactogénese, referente à produção de leite e a lactoejeção, referente à ejeção do leite. Estes dois reflexos são ativados pela estimulação dos mamilos, sobretudo pela sucção. A prolactina é a hormona mais importante da lactação, tanto durante o desenvolvimento da glândula mamária nos primeiros meses da gestação, como durante a lactogénese. Esta hormona é dependente do estímulo da sucção e da correta técnica de amamentação. Caso a criança não seja colocada a mamar após o nascimento ou a mãe não receba a orientação adequada para amamentar, haverá deficiência dessa hormona, comprometendo, assim, o sucesso da amamentação (Lawrence e Lawrence, 2005 cit. Bordalo, 2008).

Segundo Wszolek (2015), a educação é fundamental para facilitar o sucesso da amamentação e melhorar as taxas de adesão e manutenção do aleitamento materno. Esta ideia é também corroborada por outros autores que referem que o apoio às mães, na resolução das dificuldades dos primeiros dias, é uma estratégia primordial para o prolongamento da amamentação (Órfão e Gouveia, 2009). Assim, e apesar de serem vastos e complexos os fatores determinantes do aleitamento materno, parece ser consensual que o papel dos serviços e profissionais de saúde, nomeadamente do EESMO, é preponderante fazendo parte

da sua esfera de ação, conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio à amamentação, bem como as medidas corretivas ao processo de aleitamento materno (OE, 2019).

A decisão de amamentar é uma decisão individual que, não obstante, sofre influência do processo de socialização de cada mulher. Alguns fatores associados a esta escolha envolvem o ambiente familiar no seio do qual a puérpera cresceu e se desenvolveu, as experiências anteriores que vivenciou em si própria ou observou no seu contexto social e, ainda, a valorização dos benefícios do aleitamento materno para si e para o bebê podendo, ou não, ser influenciada pelo companheiro, ambiente social e familiar e pelos profissionais de saúde. A literatura demonstra que as mulheres que optam por amamentar o seu filho por reconhecimento das suas diversas vantagens demonstram uma percepção de maior controlo referente à prática da amamentação que se repercute numa maior confiança nas suas capacidades de alimentar o seu filho e, conseqüentemente, numa experiência mais positiva relacionada com o aleitamento materno (Levy & Bértolo, 2012).

A amamentação é um processo fisiológico, natural e instintivo até no reino animal, contudo, talvez pela “romantização social” que a envolve, na nossa prática observou-se uma colisão com as expectativas das mulheres.

De forma a dar resposta às necessidades das mulheres e, uma vez que as práticas adotadas no CMIN, enquanto hospital amigo dos bebés, assentam numa filosofia de promoção e apoio do aleitamento materno, o apoio à amamentação foi uma das intervenções mais desenvolvidas já que, apesar do processo de aleitamento materno implicar uma decisão e um compromisso pessoal, os profissionais de saúde tem o dever de informar e aconselhar as mães quanto à sua prática.

Na prática, esta intervenção concretizou-se de diversas formas, nomeadamente, na observação da mamada, já que só observando é possível para o EESMO identificar dificuldades e atuar em conformidade. Muitas puérperas descreviam a amamentação como dolorosa, associando-a a algo que estaria a correr mal, outras referiam não conseguir perceber quando o RN tinha fome ou, por outro lado, quando estava saciado. Foi possível, ainda, acompanhar puérperas com mamas mais pequenas que inferiam ter menores capacidades para amamentar e menos quantidade de leite devido a essa característica.

Um dos aspetos observados prendia-se com o posicionamento para amamentar, no qual a puérpera era instruída sobre diversas posições para amamentar e encorajada a adotar aquela

na qual se sentia confortável. Independentemente da posição adotada, devem considerar-se alguns aspetos em relação ao bebé, tais como, manutenção do corpo do RN alinhado, para que a orelha, ombro e anca formem um linha reta e a face anterior do corpo esteja próxima e virada para o corpo da mãe não sendo necessário que o bebé faça rotação do pescoço, já que ele é levado à mama e não o contrário.

Como já referido, diversas variáveis influenciam a duração da amamentação, como a percepção de pouco leite, o suporte pessoal e profissional e as experiências vividas. Todas estas são influenciadas pela construção ou manutenção da confiança materna na sua capacidade de lidar com uma situação complexa, como é o aleitamento materno. Os estudos apontam que a intenção em amamentar e a confiança influenciam fortemente o comportamento na amamentação. A confiança materna, portanto, tem sido identificada como uma importante variável que influencia o início e a manutenção do aleitamento materno. Diferentemente das variáveis não modificáveis ou pouco modificáveis (como o estado civil, o nível educacional e as condições socioeconómicas), a confiança materna é uma variável modificável e acessível aos profissionais de saúde, e a sua análise permite identificar as mulheres de maior risco para o desmame precoce, e realizar intervenções individualizadas quando for necessário. Os estudos que analisaram esta variável, identificaram que quanto maior a confiança da mulher, maior a probabilidade de manter a amamentação por mais tempo (Guimarães et al., 2017). Neste sentido, relativamente à percepção sobre a capacidade de amamentar foi ensinado às puérperas alguns aspetos anatómicos da mama.

À superfície da pele, a mama é constituída pelo mamilo, aréola e glândulas de Montgomery. Internamente, é constituída por tecido glandular e tecido adiposo. Durante a gravidez, a mama prepara-se para a lactação e ocorre o desenvolvimento dos ductos, das ramificações e ocorre formação lobular. Os ductos desenvolvem-se no tecido adiposo envolvente e a sua extremidade terminal diferencia-se em alvéolos que contêm no seu interior células secretoras de leite (ILCA, 2011). O tecido adiposo existente na mama é o que lhe confere forma e tamanho. As diferenças de tamanho observáveis ficam, portanto, a dever-se a variações na quantidade de tecido adiposo e não de tecido glandular. O tamanho da mama pode interferir no potencial de acumulação de leite mas não na sua capacidade funcional e, assim sendo, as mulheres com mamas pequenas podem amamentar sem qualquer tipo de problema (ILCA, 2011 e Órfão e Gouveia, 2009).

Com o intuito de responder às necessidades e preocupações evidenciadas pelas puérperas, as mesmas foram ensinadas, instruídas e treinadas a reconhecer os sinais de fome – o RN

está acordado ou inquieto, abre a boca tentando abocanhar objetos quando estimulado na região peri-bocal, suga nos dedos e chora – e os sinais de saciedade, quando o RN realiza uma sucção mais lenta, larga espontaneamente a mama, fica relaxado e adormece (Lowdermilk & Perry, 2008 citado por Cardoso, 2014).

Para além dos sinais passíveis de serem observados no RN, tornou-se ainda pertinente promover o reconhecimento dos sinais e sintomas da produção e libertação do leite experienciados pela mãe, tais como: sensação de puxo na mama mas sem dor, contrações uterinas e aumento dos lóquios durante a mamada nos primeiros três a cinco dias, aumento da dor abdominal associado a contrações uterinas por ação da ocitocina sobre o útero, nos primeiros dias pós-parto, sensação de relaxamento/sonolência, mama mais pesada e mais tensa antes de amamentar e amolecimento da mama à medida que a criança mama, sensação de formigueiro no início da mamada, saída de leite da mama oposta enquanto amamenta e mamilo alongado após a mamada (Cardoso, 2014).

De acordo com a WHO (2017), o apoio e a promoção do aleitamento materno efetivo implica que o EESMO detenha não só competências teórico-práticas mas, também, do domínio emocional. Nesse sentido, pelo reconhecimento que os aspetos emocionais, psicológicos e motivacionais têm sobre a amamentação durante a prática clínica, foi realizado reforço positivo, elogios e encorajamento das puérperas quanto à sua dedicação e esforço. De igual forma, objetivando responder às necessidades individuais de cada mulher, durante a prática clínica demonstrou-se reconhecimento pela experiência anterior da mãe, relativamente à qual procurávamos perceber se tinha sido positiva, que fatores tinham influenciado quer negativa quer positivamente e quais as maiores dificuldades sentidas.

3.4. Cuidados ao Recém-Nascido

O EESMO é o profissional, inserido numa equipa multidisciplinar, que está mais presente durante o internamento puerperal. A sua conduta deve objetivar potenciar não só a saúde da mãe, como também do RN, que vivencia nesta altura um período de grande vulnerabilidade decorrente da adaptação à vida extrauterina, pelo que determinadas atividades de vigilância são preponderantes.

Aquando do contacto estabelecido com a equipa do Núcleo de Partos era possível obter alguns dados sobre o RN, nomeadamente, o tipo e hora de parto, o sexo, o índice de Apgar, a amamentação na primeira hora de vida e eliminação vesical e intestinal. Assim que o RN era recebido no serviço de internamento, a consulta do processo clínico possibilitava o acesso a dados antropométricos e procedíamos ao exame físico do neonato.

O exame físico do RN era realizado no sentido céfalo-caudal e iniciado pela observação da coloração da pele tendo sido considerados como achados normais uma coloração rosada do corpo do bebé, com exceção das extremidades cuja cor cianótica é resultante da lenta circulação periférica. Posteriormente confirmávamos a presença ou ausência de *caput succedaneum*, cefalohematoma e/ou escoriações do couro cabeludo, com o intuito de monitorizar a sua regressão, observávamos os movimentos respiratórios no sentido de despistar sinais de dificuldade respiratória, nomeadamente, retração do apêndice xifóide e tiragem intercostal, verificávamos a correta clampagem do coto umbilical bem como se observavam os órgãos genitais externos. Por fim, confirmávamos ainda a presença das pulseiras de identificação com o nome da mãe e da pulseira eletrónica.

Relativamente ao sistema tegumentar do RN existem alguns achados fisiológicos que podem ser encontrados. Frequentemente verifica-se a presença de uma camada espessa, gordurosa e branca, denominada vernix caseoso que desempenha uma função protetora de hidratação e termorregulação pelo que não deve ser removido (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2015). A pele, tal como os restantes órgãos do RN, é muito frágil e vai adquirindo maior resistência ao longo do tempo. No que concerne à coloração é considerado normal que entre o segundo e quarto dia de vida a pele e as esclerótidas apresentem uma coloração amarelada. Esta alteração da coloração resulta da destruição dos glóbulos vermelhos que desencadeia a formação de bilirrubina cuja eliminação é dificultada pela imaturidade do fígado e reabsorção intestinal, o que leva a que a mesma se deposite na pele (Santos & Baptista, 2016). Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2016), a icterícia neonatal afeta cerca de 60% dos RN de termo na primeira semana de vida e manifesta-se quando os níveis de bilirrubina total sérico excedem os 5mg/dl, surgindo alteração de coloração no sentido cefalocaudal. Nos casos em que esta alteração se manifesta antes das 48h de vida, e quando os valores de bilirrubina sérica ou transcutânea estão acima do considerado normal, a coloração amarelada da pele e das esclerótidas deixa de ser tida como fisiológica, considerando-se icterícia patológica e sendo necessário, em muitas situações, submeter os RN a tratamento com fototerapia (Ventura, 2016). A fototerapia é a intervenção mais amplamente usada no tratamento e prevenção da hiperbilirrubinemia severa. Considera-se segura e eficaz na

redução da bilirrubina total, prevenindo o sua neurotoxicidade, sendo recomendado o seu uso como forma terapêutica inicial nos RN de termo e pré-termo ≥ 35 semanas (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2016). Perante a necessidade de tratamento, existem alguns cuidados a ter em consideração, nomeadamente despir o RN, expondo a maior área corporal possível, mantendo a fralda para proteger as gónadas e utilizando venda ocular para proteger os olhos, colocar as luzes a uma distância de 10 a 15 cm do RN e alternar a sua posição a cada duas horas, vigiar a pele e mucosas para sinais de irritação como erupções cutânea e a hidratação, aumentando a frequência das mamadas e reduzindo o intervalo entre as mesmas. Por fim, a bilirrubina total deve ser doseada de 12 em 12 horas e 6 horas após a suspensão do tratamento (Silva, 2011).

O comportamento motor do recém-nascido permite-lhe interagir socialmente no início da sua vida. Os seus primeiros movimentos são reflexos que se constituem como respostas involuntárias a estímulos externos decorrentes da sua imaturidade neurológica. Ao longo do tempo, o seu desenvolvimento evolui de descoordenado a estável como resultado da maturação neurológica (Ribeiro, 2011). Neste sentido, por serem indicadores do desenvolvimento motor neonatal, na prática clínica foram avaliados alguns reflexos do RN, nomeadamente, o de preensão, de Moro e de Babinski. No reflexo de preensão, o bebé flete os dedos da palma das mãos ou dos pés quando estimuladas fazendo o movimento de agarrar; no de Moro, o bebé realiza abdução e extensão dos membros superiores, juntamente com abertura das mãos, quando lhe é causada uma alteração súbita no equilíbrio e, por fim, no reflexo de Babinski, quando estimulado na região plantar do pé, o RN realiza hiperextensão dos dedos e dorsiflexão do hálux (Ribeiro, 2011).

Outros reflexos são também importantes, especificamente, no que diz respeito a capacidade do RN para se alimentar e estabelecer o padrão de coordenação-sucção-deglutição. O reflexo de busca pode ser observado quando, ao estimular a região peri oral o RN direcionada a cabeça para o estímulo, abrindo a boca e movimentando a língua na direção do mesmo e o reflexo de sucção quando, ao estimular o palato, o RN realiza movimentos ondulatórios anteroposteriores com a língua, observável durante a mamada (Beck, Ganges, Goldman & Long, 2004).

Outra das formas que o bebé tem de comunicar com o mundo que o rodeia é através do choro. O RN pode chorar por diversos motivos, dos quais são exemplo, ter frio, calor ou fome, necessitar que lhe troquem a fralda ou ter sono. Nos primeiros dias de vida pode ser desafiante para os pais compreender o motivo pelo qual o seu filho está a chorar mas, ao

longo do tempo e à medida que se estabelece uma relação comunicacional entre a tríade, os pais desenvolvem um conhecimento do seu bebé que lhes permite reconhecer e antecipar as suas necessidades manifestadas através do choro (Ventura, 2016).

Apesar do choro fazer parte do desenvolvimento neurológico e comportamental do neonato, geralmente, se surge de forma súbita, intensa e inconsolável pode ser resultados de cólica. Para além de um choro agudo e forte, o RN movimenta a cabeça para os lados, as pernas fletem e contraem-se, o abdómen apresenta-se distendido e ocorre com frequência libertação de gases (Murahovsch, 2003). Perante estes achados, durante o estágio profissionalizante frequentemente recorreu-se à prática da massagem abdominal, segundo movimentos lentos e ritmados no sentido do trânsito intestinal, que promovem a estimulação intestinal e diminuem a distensão abdominal, aliviando o desconforto e a dor associada à cólica (Santos e Baptista, 2016).

Na prática clínica foram também executadas atividades de vigilância referentes à eliminação vesical e intestinal do RN. A nível urinário, é expectável que o RN apresente, no mínimo, cinco micções por dia, podendo em algumas situações verificar-se a presença de cristais de urato na urina, observáveis através da cor alaranjada na fralda, cujo significado não é patológico. Relativamente à eliminação intestinal, o padrão de dejeções é influenciado pelo tipo de aleitamento praticado. Nos RN alimentados a seio materno é comum que a cada mamada se verifique uma dejeção, pelo facto do leite materno ser mais facilmente digerido, enquanto, para os bebés alimentados com leite artificial é considerado normal uma a duas dejeções diárias. À medida que se vai estabelecendo um padrão de alimentar e de eliminação, também as características das fezes se alteram: inicialmente, caracterizam-se por serem mais viscosas, de cor verde escura, resultando da libertação de matéria acumulada no intestino durante a vida intrauterina, denominado por mecónio. Ao longo do tempo, as fezes sofrem alterações de coloração e de consistência, podendo ser de coloração castanha ou amarelada, moles ou moldadas (Ventura, 2016).

Para além das atividades de vigilância que visam monitorizar e avaliar o RN, o EESMO objetiva nos seus cuidados, também, apoiar e promover o processo de transição e adaptação à parentalidade com vista ao desenvolvimento infantil saudável sendo, portanto, imprescindível que capacite também os pais para manterem esta vigilância e para que respondam as necessidades neonatais, adquirindo e desenvolvendo competências parentais assumindo, assim, a responsabilidade pelo exercício efetivo do seu papel.

No processo de adaptação à parentalidade, a prestação de cuidados ao RN pode ser desafiante. Atividades como mudar a fralda, dar banho, limpar e desinfetar o coto umbilical demonstraram ser inquietantes para algumas mulheres e casais, que solicitavam com frequência a presença e validação do enfermeiro na execução destas tarefas.

Nem todos os casais apresentaram as mesmas preocupações – uns referiam falta de conhecimento, outros demonstravam dificuldades na execução – pelo que intervenções como ensinar, instruir e treinar foram direcionadas individualmente, consoante a necessidade e, também, consoante a experiência prévia na realização destes procedimentos.

No período durante o qual decorreu o ensino clínico, não era permitida a permanência de um acompanhante no internamento, como consequência da pandemia por SARS-CoV2. Contudo, importa refletir que tal como a mãe, também o pai vivencia a transição para a parentalidade. Segundo a literatura, a construção de uma ligação afetiva entre pai-bebé desenvolve-se de forma distinta, mais lenta e gradual uma vez que o homem não gera o bebé dentro de si. Assim, o período pós-natal assume especial relevância no estabelecimento de um vínculo afetivo entre os dois que não só é essencial para o desenvolvimento harmonioso do RN, como, para a construção da identidade paterna uma vez que através da partilha de momentos de intimidade entre os dois, é transmitida ao pai não só a sensação de importância no seio familiar como permite que este reconheça que o RN espera dele os mesmos cuidados físicos e emocionais que recebe da figura materna, através da comunicação que vão estabelecendo (Matos, Magalhães, Féres-Carneiro & Machado, 2017). Reconhecendo estes aspetos, o EESMO, cuja prestação de cuidados deve, entre outras, objetivar a transição saudável para a parentalidade e o desenvolvimento harmonioso da nova família deve integrar o pai nos cuidados e promover momentos de partilha e intimidade com o bebé, como a mudança da fralda, o colocar a eructar e o alívio das cólicas (Santos & Kreutz, 2014; Gouvêa de Matos et al., 2017).

Neste sentido, na prática clínica, a prestação de cuidados como o banho e a desinfecção do coto umbilical eram realizados durante o turno da tarde, coincidente com o horário das visitas, para que o pai, e/ou pessoa significativa para a mulher, pudesse estar presente.

O banho ao bebé para além de promover a limpeza da pele é, simultaneamente, uma medida de hidratação e de manutenção da sua integridade. Na prática clínica este era um procedimento executado durante o turno da tarde, para que fosse possível a presença do acompanhante, conforme as recomendações internacionais, ou seja, entre as seis e as 24h de vida dado o risco de hipotermia (New, 2019). Relativamente ao horário do banho, era

explicado aos pais que após o regresso a casa estes poderiam geri-lo de acordo com a reação do RN a este procedimento, ou seja, se o acalmava ou se por outro lado tinha um efeito estimulante.

Salvo raras exceções, o enfermeiro dava o primeiro com o intuito de demonstrar a técnica e avaliar os conhecimentos do casal e, nos dias subsequentes, a mãe e/ou acompanhante eram encorajados a fazê-lo sob supervisão para que fosse possível avaliar os conhecimentos e as capacidades relativas aos diversos aspetos a considerar, tais como: preparação prévia do material necessário bem como uma muda de roupa completa, preparar do ambiente de modo a que este seja aquecido e sem correntes de ar, preparação e verificação da temperatura da água do banho entre os 36,5º e 37º, escolha dos produtos de higiene, a habilidade para dar banho e, ainda, a prevenção de acidentes.

Também neste momento se avaliavam os conhecimentos do casal relativos à troca da fralda, nomeadamente no que se refere à limpeza da região genital consoante o sexo do RN. Nos RN do sexo masculino, o pénis deve ser limpo lavando suavemente a pele à superfície, não puxando a pele do prepúcio para trás, enquanto nos RN do sexo feminino deve-se limpar sempre da frente para trás, não afastando os pequenos lábios para tentar limpar o interior (Santos & Baptista, 2016).

Por fim, nesta altura eram ainda avaliadas as capacidades referentes à limpeza e desinfeção do coto umbilical quanto ao material necessário, a frequência ideal da higiene, a técnica de limpeza, o tempo de mumificação e da queda do coto umbilical bem como reconhecimento de sinais de infeção.

Relativamente aos produtos a utilizar aquando da desinfeção do coto, as recomendações científicas não são heterogéneas. Contudo, a literatura parece demonstrar que a técnica *dry care* diminui o risco de infeção e se associa a um tempo inferior de queda do coto umbilical. No entanto, quando necessário utilizar produtos antissépticos, mais concretamente em países subdesenvolvidos, a clorexidina apresenta-se como o mais adequado (Pires, 2016). Durante o ensino clínica, e segundo uma prática supervisionada, foi recomendado ao casal a utilização de álcool a 70%, conforme protocolado institucionalmente.

Segundo Pires (2016), apesar da literatura não ser consensual quanto aos produtos a utilizar, existe um aspeto comum a nível científico que se relaciona com a prevenção da infeção. Assim, de acordo com a mesma autora, a higienização das mãos prévia à realização do procedimento bem como o reconhecimento dos sinais de infeção é crucial (Pires, 2016).

Neste sentido e verificando-se, na prática clínica, que os casais demonstravam de forma geral preocupação e desconhecimento face ao processo de cicatrização, os pais eram ensinados relativamente ao mesmo e aos sinais de infeção – exsudado purulento, calor, rubor, edema e cheiro fétido (Beck, Ganges, Goldman & Long, 2013) – para que soubessem vigiar e reconhecer alterações, promovendo, assim, a sua autoconfiança no desempenho da tarefa.

3.5. Preparação para a alta

O puerpério continua para além da data da alta hospitalar que, no CMIN, ocorre após as 48h, nos partos vaginais, e as 72h pós cesarianas, desde que tudo decorra sem intercorrências. Nesse sentido, de acordo com a OE (2015), um dos pontos-chave na prestação de cuidados à mulher no pós-parto prende-se com a preparação para a alta clínica e o regresso a casa.

Na prática clínica, no dia da alta era realizado um exame físico da puérpera pelo médico obstetra em colaboração com o enfermeiro. Nesse momento era promovida a consolidação de conhecimentos e habilidades transmitidas ao longo do internamento referentes a diversos aspetos tais como cuidados à ferida cirúrgica (perineal ou abdominal) e lóquios, à amamentação, ingestão nutricional e padrão urinário/intestinal do RN bem como às alterações emocionais no pós-parto.

Neste momento os casais eram instruídos a deslocarem-se ao centro de saúde para cumprimento do esquema vacinal, já iniciado ainda durante o internamento sendo a primeira dose da vacina VHB administrada durante o primeiro dia de vida, 12h após o nascimento em RN com peso superior a 2000gr. De igual forma, eram informados sobre a necessidade de realização do Teste de Guthrie inserido no Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, realizado entre o terceiro e o sexto dia de vida. Apesar de quando, por algum motivo, o internamento se prolongava para além das 72h de vida do RN, existir a possibilidade de realização do “Teste do Pezinho” no CMIN, durante a realização do ensino clínico não houve oportunidade de realizar esta prática.

Para além da sensibilização para agendamento de uma consulta de saúde infantil e de revisão puerperal nos cuidados de saúde primários eram ainda realizados ensinamentos relativos ao transporte do recém-nascido. A utilização de um sistema de retenção para crianças

adequado à sua idade/peso é obrigatória por lei e está prevista no código da estrada (DL 170/2014), de modo que, a nenhum casal se permitia a saída das instalações hospitalares sem que o RN estivesse devidamente acomodado no dispositivo e que isso fosse confirmado por um elemento da equipa de enfermagem.

Perante as contingências vividas atualmente, consequência da pandemia por SARS-CoV2, e no período em que decorreu o estágio clínico como já descrito, não era permitida a permanência de um acompanhante no internamento. Neste sentido, frequentemente, aquando da alta eram realizados múltiplos ensinamentos apenas à mulher. Refletindo sobre este aspeto, na prática, foi possível compreender que a quantidade de informação dada e a sua importância não eram adequadas ao momento já que, a mulher, expectante quanto ao regresso a casa e aos desafios antecipados, se encontrava sozinha. Desta forma, normalmente, na altura de confirmação da correta colocação do RN no sistema de retenção, era permitido ao acompanhante que estivesse presente criando a oportunidade de esclarecimento de quaisquer dúvidas objetivando promover o empoderamento das mulheres/casais para o exercício autónomo e seguro dos novos papéis.

ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA E CONCLUSÃO

A concretização do presente relatório permitiu a reflexão sobre as experiências e atividades desenvolvidas durante o Estágio de Natureza Profissional decorrido entre 10 de novembro de 2020 e 2 de junho de 2021, durante o qual se vivenciou um processo de formação pessoal e profissional progressivo, necessário e consistente.

Atentando a que o conhecimento necessita de ser constantemente renovado e atualizado, a realização do estágio bem como a elaboração do presente documento, contribuiu para a percepção da necessidade de crescimento profissional. Do processo de formação salienta-se a aquisição de novos conhecimentos e competências clínicas diferenciadas no que se refere ao contexto de especialização em enfermagem obstétrica e de saúde materna, nomeadamente, nas áreas da gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e autocuidado no pós-parto e na adaptação à parentalidade as quais, de forma a alcançar os objetivos delineados inicialmente, se descrevem neste relatório. Ao longo dos três módulos de estágio, procurou estabelecer-se a ponte entre o que se preconiza na evidência científica e as intervenções efetivamente levadas a cabo na prática que, sendo tutelada, justifica a realização de algumas práticas de uma forma divergente das recomendações encontradas na literatura, mas de acordo com as indicações dos profissionais/protocolos institucionais. Do caminho percorrido e da reflexão sobre o mesmo, ressalva-se não só a aquisição de novos conhecimentos teóricos como, ainda, a consolidação dos mesmos no domínio técnico-prático promovendo a tomada de decisão clínica consciente e ponderada.

Da análise e reflexão sobre percurso realizado, salienta-se não só a descrição das atividades concretizadas como ainda a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da investigação, tendo-se demonstrado como pertinente, especificamente no contexto da gravidez com complicações, aprofundar a temática da gravidez subsequente a uma perda gestacional, concretamente no que respeita às vivências dos casais nesse contexto. A realização de revisão de literatura levada a cabo permitiu a sensibilização e a reflexão sobre a importância das competências relacionais do EESMO.

Considerando as diversas áreas de atuação do EESMO, para o cumprimento bem-sucedido desta etapa demonstrou ser imperativo a mobilização de conhecimentos das mais diversas

áreas da saúde materna, lecionadas na componente teórica do curso, o que permitiu o alcance, gradual, dos objetivos de formação a que nos propusemos. No mesmo sentido, a confrontação com as experiências na prática, bem como com as diversas condutas profissionais que foram possíveis observar, impuseram a necessidade não só de reflexão como também de pesquisa constante de evidência científica para consolidação de conhecimentos.

No que concerne às dificuldades experienciadas, as mesmas relacionaram-se na sua maioria com a aquisição das competências técnico-práticas, já que os modelos utilizados na componente teórico-prática do curso, apesar de facilitadores, diferem substancialmente da prática efetiva no que respeita quer às sensações táteis, como o toque e temperatura, quer ao ambiente envolvente, de acordo com os diferentes contextos.

Ao longo do estágio profissionalizante experienciaram-se condições propícias ao desenvolvimento profissional uma vez que os desafios eram colocados a par da evolução formativa segundo uma lógica de parceria e colaboração e num ambiente de constante incentivo no qual se encontrou motivação e vontade de superação pessoal, académica e profissional.

Como pertinente considera-se ainda o processo de reflexão e introspeção que foi continuamente proporcionado e incentivado pelas tutoras no sentido em que se procurou sempre perceber e debater sobre o que se fez, como e porque se fez. De igual forma, o facto de me ter sido possibilitada a abertura para realização de um debate construtivo, a cada desafio e dificuldade sentida, permitiu otimizar a mobilização dos conhecimentos teóricos e melhorar as habilidades técnicas.

Face às contingências atuais decorrentes da pandemia, ficaram por realizar algumas atividades que se demonstravam importantes para as grávidas com complicações internadas, tais como sessões de grupo para partilha de emoções e experiências. Da aquisição de competências no contexto de trabalho de parto e parto, destaca-se o reconhecimento não só pela responsabilidade profissional como também pela valorização do papel ativo da mulher como elemento de parceria e igualitário na prestação de cuidados. Por fim, no âmbito do período pós-parto, consideraram-se como mais desafiantes as atividades desenvolvidas no domínio da amamentação.

Por último, salienta-se que a etapa formativa que se concluiu permitiu não só a aquisição, consolidação e aperfeiçoamento de competências profissionais como, também, um

crescimento pessoal e humano que tornou este percurso repleto de desafios e superações, imensamente gratificante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, A. & Martins, C. (2016). Manutenção das necessidades da parturiente. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 400-406). Lisboa: Lidel.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Approaches to Limit Interventions During Labor and Birth. *Obstetrics & Gynecology*, 13 (2), 164-173. Recuperado de: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth.pdf>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. *Obstetrics & Gynecology*, 136 (6), 100-106. Recuperado de: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth.pdf>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Management of stillbirth. *Obstetrics & Gynecology*, 135 (3), 110-132. Recuperado de: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2020/03/management-of-stillbirth>

Andrade, R., Santos, J., Maia, M. A. & Mello, D. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), 181-186. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TJB8nBkghyFybLgFLK7XMpv/?lang=pt&format=pdf>

Ânima Educação. (2014). *Manual de revisão bibliográfica sistemática integrativa*. Recuperado de: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistematica-integrativa.pdf

Areia, A., Almeida, M., Braga, A., Pereira, N., Macedo, C & Silva, C. (2018). Corticoterapia para maturação pulmonar. *Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal*. Recuperado de: <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/01/Corticoterapia-para-Matura%C3%A7%C3%A3o-Fetal-Pulmonar.pdf>

Bailey, S., Boivin, J., Cheong, Y., Kitson-Reynolds, E., Bailey, C. & Macklon, N. (2019). Hope for the best... but expect the worst: a qualitative study to explore how women with recurrent miscarriage experience the early waiting period of a new pregnancy. *BMJ Open*, 9, 1-9. Recuperado de: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/5/e029354.full.pdf>

Baptista, M. & Santos, M. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-Nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-471). Lisboa: Lidel.

Beck, D., Ganges, F., Goldman, S. & Long, P. (2013). *Cuidados ao recém-nascido*. Recuperado de: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf>

Bezerra, L., Pereira, A., Jorge, H., Melo, L., Feitoza, S. & Amorim, M. (2016). Benefícios do contacto pele a pele para o recém-nascido. *Revista Tendências da Enfermagem Profissional* 8 (4), 2050-2055. Recuperado de: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/03/BENEF%C3%8DCIOS-DO-CONTATO-PELE-A-PELE-PARA-O-REC%C3%89M-NASCIDO.pdf>

Boas, J. (2013). *Promoção de competências na parentalidade – a criança/família em transição*. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Recuperado de: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17731>

Camarneiro, A., Maciel, J. & Silveira, R. (2015). **Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico.** *Revista de Enfermagem Reverência*, IV (5), 109-117. doi: [10.12707/RIV14064](https://doi.org/10.12707/RIV14064)

Campbell-Jackson, L., Bezance, J. & Horsch, A. (2014). "A renewed sense of purpose": Mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(4), 1-12. Recuperado de: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-014-0423-x.pdf>

Cardoso, A. (2014). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: das competências parentais – Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. (Tese de Doutorado), Universidade Católica do Porto, Porto. Recuperado de: https://moodle.esenf.pt/1920/pluginfile.php/7465/mod_resource/content/3/Livro_Tornar-se%20m%C3%A3e%2C%20tornar-se%20pai%20das%20compet%C3%A2ncias%20parentais_2014.pdf

Carvalho, J., Gaspar, M. & Cardoso, A. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: initial difficulties. *Invest Educ Enfermagem*, 33(5), 285-294. doi: 10.17533/udea.iee.v35n3a05

Costa, A., Souza, E., Guimarães, J. & Vieira, F. (2013). Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(3), 790-801. Recuperado de: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/22832/15506>

Costa, P. P., Garcia, A. P., & Toledo, V. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: Um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(1), 1-7. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3GvY54tXyc38jRr5kdbNyhj/?lang=pt&format=pdf>

Currie, J. & Barber, C. (2016). Pregnancy gone wrong: Women's experiences of care in relation to coping with a medical complication in pregnancy. *New Zealand College of Midwives Journal*, 5, 35-40. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/305876688_Pregnancy_gone_wrong_Women's_experiences_of_care_in_relation_to_coping_with_a_medical_complication_in_pregnancy

Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A., Selboe, S., Torvik, H & Aune, I. (2015). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The

experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual and Reproductive Health*, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>

Despacho nº 170-A/2014 do Ministério da Administração Interna (2014). Diário da República: I série, nº 216. Recuperado de: <https://dre.pt/application/file/a/58819986>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Indução do trabalho de parto*. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>

Dodou, H., Rodrigues, D., Guerreiro, E., Guedes, M., Lago, P. & Mesquita, N. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc Anna 18*(2), 262-269. doi: 10.5935/1414-8145.20140038

Domínguez-Luna, A., Fernández-Míguez, M. & Domínguez-Luna, S. (2012). La agonía de la espera: en reposo hacia la maternidad. *Matronas Profésion*, 13(2), 43-49. Recuperado de: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/43-49-la-agonia-de-la-espera-en-reposo-hacia-la-maternidad.pdf>

Donato, H. & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Med Port* 32(3), 227-235. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.11923>

Downe, S., Gyte, G., Dahlen H. & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD010088.pub2.

Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-471). Lisboa: Lidel.

Ferrão, A. & Zangão, M. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio de trabalho de parto. *Revista Ibero-Americana de saúde e*

envelhecimento, 3 (1), 886-900. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/322459682_LIBERDADE_DE_MOVIMENTOS_E_POSICOES_NO_PRIMEIRO_ESTADIO_DO_TRABALHO_DE_PARTO_O_FREEDOM_OF_MOVEMENT_AND_POSITION_IN_THE_FIRST_STAGE_OF_LABOR

Ferreira, A. (2016). Fisiologia do Puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438-442). Lisboa: Lidel.

Freitas, M. & Baptista, M. (2016). Adaptação à vida extrauterina: Cuidados imediatos ao recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-471). Lisboa: Lidel.

Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M. & Downe, S. (2020). What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *Plus one*, 15(4), 1-23. Recuperado de: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231415>

Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 353-355). Lisboa: Lidel.

Gallo, R., Santana, L., Marcolin, A., Ferreira, C., Duarte, G. & Quintana, S. (2011). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*, 39 (1), 41-48. Recuperado de: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>

Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel.

Gardener, G. Daly, L., Bowring, V., Burton, G., Chadha, Y., Ellwood, D., ... Flenady, V. (2017). Clinical practice guideline for the care of women with decreased fetal movements. Brisbane: The Centre of Research Excellence in Stillbirth. Recuperado de: <https://sanda.psanx.com.au/assets/Uploads/DFM-Clinical-Practice-Guidelines.pdf>

Gonçalves, A., Parreira, V. & Coutinho, E. (2019). A eficácia da crioterapia no períneo para alívio da dor no pós-parto. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1655-1664. Recuperado de: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2396>

Guimarães, C., Conde, R., Brito, B., Gomes-Sponhol, F., Oriá, M. & Monteiro, J. (2017). Comparação da autoeficácia na amamentação entre puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade de ribeirão preto, brasil. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26 (1), 1-9. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Z9SXtMFJfSfcGPjmHyVXwKq/?format=pdf&lang=pt>

Haghparsat, E., Faramarzi, M. & Hassanzadeh, R. (2016). Psychiatric symptoms and pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history. *Pak J Med Sci*. 2016, 32(5), 1097-1101. doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.325.10909>

Henrique, A., Grabrielloni, M., Cavalcanti, M., Melo, P. & Barbieri, M. (2016). Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29 (6), 686-692. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600096>

Holness, N. (2018). High-Risk Pregnancy. *Nursing Clinics of North America*. doi: [10.1016/j.cnur.2018.01.010](https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.01.010)

Instituto Nacional de Estatística. (2020). Estatísticas da Saúde - 2018. Recuperado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACAOESpub_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2

Internacional Council of Nurses. (2021). Recuperado de: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Lee, L., McKenzie-McHarg, K. & Horsch, A. (2016). The impact of miscarriage and stillbirth on maternal-fetal relationships: an integrative review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(1), 32-52. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02646838.2016.1239249?scroll=top&needAccess=true>

Leitão, M. (2016). Alterações psicológicas no puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 443-454). Lisboa: Lidel.

Levy, L & Bartolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento Materno*. Recuperado de: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Lowdermilk, P. (2009) *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta.

Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de parto pré-termo e parto pré-termo. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 211-215). Lisboa: Lidel.

Matos, G. M., Magalhães, S., Féres-Carneiro, T., Machado, R. (2017). Construindo o Vínculo Pai-Bebê: A Experiência dos Pais. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 22(2), 261-271. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/Ltz6Tm5dsZRpn4NtKQ9LPbh/?format=pdf&lang=pt>

Meaney, S., Everard, C., Gallagher, S. & O'Donoghue, K. (2017) Parents' concerns about future pregnancy after stillbirth: a qualitative study. *Health Expect.* 20(4), 555-562. doi: 10.1111/hex.12480

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-64. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt>

Meredith, P., Wilson, T., Branjerdporn, G., Strong, J. & Desha, L. (2017). “Not just a normal mum”: a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (6), 1-12. doi: 10.1186/s12884-016-1200-9

Mills, T., Ricklesford, C., Cooke, A., Heazell, A., Whitworth, M. & Lavender, T. (2014). Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG*, 121(8), 943-50. doi: 10.1111/1471-0528.12656

Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C. (2016). A posição da mulher no trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-471). Lisboa: Lidel.

Monteiro, M. (2012). *Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9378/1/Tese%20MJo%c3%a3o%20definitiva.pdf>

Murahovsch, J. (2003). Cólicas do lactente. *Jornal de Pediatria*, 79(2), 101-102. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/jped/a/7ZhTDKZSGcFdVrQ9kSvZc8K/?format=pdf&lang=pt>

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline, 190. Recuperado de:

www.nice.org.uk/guidance/cg190

National Institute for Health and Care Excellence. (2017). Antenatal care for uncomplicated pregnancies. *National Institute for Health and Care Excellence - Guideline 62*, U.K. Clinical

Negrão, M. (2018). O consentimento informado na obstetrícia - o valor do dissentimento (Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Recuperado de: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/26515/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Dissentimento.pdf>

Nené, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.

New, K. (2019). Evidence-based guidelines for infant bathing. *Research review*, 1-4. Recuperado de: <https://www.researchreview.co.nz/getmedia/0a9e5190-b8ac-419f-8f44-43b8e5ba8c4b/Educational-Series-Evidence-based-guidelines-for-infant-bathing.pdf.aspx?ext=.pdf>

Nuzum, D., Meaney, S. & O'Donoghue, K. (2018). The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. *PLoS ONE* 13(1), 1-13. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191635>

Ockhuijsen, H., Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N. & Boer, F. Pregnancy after miscarriage: balancing between loss of control and searching for control. *Res Nurs Health*, 37 (4), 267-75. doi: 10.1002/nur.21610

O'Leary, J. & Thorwick, C. (2006). Fathers' perspectives during pregnancy, postperinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(1):78-86. doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00017

Oliveira, C & Sá, R. (2018). *Cardiotocografia anteparto – Protocolos Febrasgo, Obstetrícia nº 81*. Recuperado de: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/cardiotocografia-anteparto.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República: II série, nº85. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

Orfão, A. & Gouveia, C. (2009). Apontamentos de anatomia e fisiologia da lactação. Revista Portuguesa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 347-54. Recuperado de: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/10631-10547-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/10631-10547-1-PB%20(1).pdf)

Orfão, A. (2016). Determinação de Risco Materno-Fetal. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 211-215). Lisboa: Lidel.

Pires, C. (2016). Cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança. Recuperado de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13881/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20final%20-%20Catarina%20Pires.pdf>

Poplar, J. (2014). Holistic Care in High Risk Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 29 (4), 68-71. Recuperado de: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=0aa1bf2a-4131-443b-8b4b-5508e2d51916%40sessionmgr102>

Ribeiro, J. (2011). A percepção dos pais sobre as competências dos bebés. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.

Rodrigues, P., Zambaldi, C., Cantilino, A. & Sougey, E. Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38 (3), 136-140. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/trends/a/6FgQXBXLdqfQrPmcmFfLX3S/?lang=en>

Santos, S. & Kreutz, C. (2014). O envolvimento do pai na gestação do primeiro filho. *Pensando Famílias*, 18 (2), 62-76. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n2/v18n2a06.pdf>

Santo, S. (2018). Avaliação da concordância e da fiabilidade das normas de orientação da figo, acog e nice para a interpretação da cardiocografia. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado de: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/38764/1/ULSD733056_td_Susana_Santo.pdf

Sentilhes, L., Sénat, M.-V., Ancel, P.-Y., Azria, E., Benoist, G., Blanc, J., . . . Langer, B. (2016). Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French

Siassakos, D., Jackson, S., Gleeson, K., Chebsey, C., Ellis, A., Storey, C. (2017). All bereaved parents are entitled to good care after stillbirth: a mixed-methods multicentre study (INSIGHT). *BJOG*, 125, 160-170. doi: 10.1111/1471-0528.14765

Silva, B. & Braga, L. (2019). Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 22(1), 258-279. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n1/v22n1a14.pdf>

Silva, M. (2019). *Aplicação de gelo na ferida perineal no período pós-parto*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/27968>

Silva, S. (2011). *Icterícia Neonatal*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto). Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61080/2/Ictercia%20Neonatal.pdf>

Smith, T., Davidson, W. & Roberson, K. (2018). Permission to Love: Celebrating Your Rainbow Baby after a Reproductive Loss. *International Journal of Childbirth Education*, 33 (4), 46-48.

Smorti, M., Ponti, L., Simoncini, T., Mannella, P., Bottone, P., Pancetti, F., . . . Gemignani, A. (2020). . Pregnancy after miscarriage in primiparae and multiparae: implications for women's psychological well-being. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2-11. doi: 10.1080/02646838.2020.1728524

Sociedade Brasileira de Pediatria. (2015). *Consenso de cuidados com a pele do recém-nascido*. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). Consenso Clínico “Restrição de Crescimento Fetal”. Recuperado de: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/Consenso-RCF.pdf>

Sosa, C., Althabe, F., Belizán, J. & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-18. Recuperado de: https://www.cochrane.org/CD003581/PREG_bed-rest-in-singleton-pregnancies-for-preventing-preterm-birth

Sousa, T. & Lins, A. (2020). Repercussões psicológicas da gestação em curso em mulheres com histórico de perda. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(2), 1-15. Recuperado de: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/e3286/2346

Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>

Stefanello, A., Rios, A., Mendes, R. (2019). Manual de Normas e Rotinas de Aleitamento Materno. Grande Dourados: Comissão de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno. Recuperado de: <https://docero.com.br/doc/sx188vx>

Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N. & Sarafraz, N. (2018) Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and metaanalysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 15 (73), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>

Townsendi, R., O’Brien, P. & Khalil, A. (2016). Current best practice in the management of hypertensive disorders in pregnancy. *Integrated Blood Pressure Control*, 9, 79-94. Recuperado de: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=31570>

Ventura, R. (2016). Os primeiros dias do recém-nascido. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 504-508). Lisboa: Lidel.

Wilhelm, L., Alves, C., Demori, C., Silva, S., Meincke, S. & Ressel, L. 2015. Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing, 44 (3), 1-6. Recuperado de: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5206/html_892

Wojcieszek, A., Shepherd, E., Middleton, P., Lassi, Z., Wilson, T., Murphy, M., ... Flenady, V. (2018). Care prior to and during subsequent pregnancies following stillbirth for improving outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, 12. doi: 10.1002/14651858.CD012203

World Health Organization. (2010). *Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70432>

World Health Organization. (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. WHO: Geneva. Disponível em: [9789241548502_eng.pdf;jsessionid=B5E55958B1295606E78D8DB62A48B1ED](https://apps.who.int/iris/handle/10665/77823) (who.int)

World Health Organization. (2013). *Recommendations on Postnatal care of the mother and newborn*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

World Health Organization. (2017). *Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region*. Recuperado de: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/348020/WH06_EBP_report_complete.pdf

World Health Organization. (2017). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260215/WHO-RHR-18.04-eng.pdf>

Wszolek, K. (2015). Hand expressing in pregnancy and colostrum harvesting—preparation for successful breastfeeding?. *British Journal of Midwifery*, 23 (4), 268-274. Recuperado de: https://amamantarasturias.org/wp-content/uploads/2019/10/Hand-expressing-1_8185.pdf